Zeitschrift für ärztliche Fortbildung

Unter ständiger Mitwirkung von

Prof. Dr. F. KRAUS, Geh. Med.-Rat, Berlin — Prof. Dr. F. MÜLLER, Geh. Hofrat, München — Geh. San.-Rat Dr. A. STAUDER, Vors. d. Dtsch. Ärztevereinsbundes

redigiert von

Prof. Dr. C. ADAM in Berlin

25. Jahrgang | Sonnabend, den 1. Dezember 1928 | Nummer 23

I.

Abhandlungen.

1. Diagnostische und therapeutische Irrtümer bei Augenerkrankungen [1].

Von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Silex** in Berlin.

Die zugemessene Zeit gebietet äußerste Kürze. Infolgedessen ist es nicht möglich, alle die Augenkrankheiten durchzugehen, bei denen diagnostische und therapeutische Irrtümer unterlaufen können.

Wir wollen einiges herausgreifen, und zwar das, was für den praktischen Arzt am häufigsten in Betracht kommt, und besonders das betonen, was bei Vernachlässigung praktisch Schaden stiften kann. Die Fehler in der Diagnose werden sich verringern, wenn man es sich zur Aufgabe macht, methodisch zu untersuchen. Man betrachte die Umgebung des Augapfels und dann diesen selbst. Es folgt eine Sehprüfung. Auf Astigmatismus und eine genaue Korrektion optischer Fehler braucht dabei nicht geachtet zu werden, weil dazu Spezialkenntnisse erforderlich sind. Das Gesichtsfeld wird durch Prüfung mit der Hand festgestellt. Es folgt die Untersuchung bei seitlicher Beleuchtung im Dunkelzimmer und dann die Durchleuchtung, die jeder als Student erlernt hat. Wer die Handhabung des Augenspiegels nicht verlernt hat, untersuche nun auch im umgekehrten Bilde. In dieser Weise vorgehend, wird dem Arzt wenig entgehen, und er wird sich über den Sitz der Krankheit klar werden, er wird sie deuten und eine passende Therapie einleiten, und wenn er sie nicht zu erkennen vermag und über die Therapie im unklaren ist, wird er spezialistische Hilfe in Anspruch nehmen. Wir kommen zum Thema.

Sie alle kennen das Bild der Blennorrhöe der Neugeborenen. Schwellung und Rötung der Lider, eitriges Sekret zwischen den Wimpern. Die Bindehaut ist geschwollen, eitriges Sekret fließt beim Öffnen der Lider heraus. Es kann zweifelhaft sein, ob es sich um eine Gonoblennorrhöe handelt, oder ob eine sogenannte Einschlußblennorrhöe oder eine Pneumokokkenkonjunktivitis vorliegt. Auch der Geübte kann aus dem klinischen Bild allein eine sichere Diagnose nicht stellen. Maßgebend ist die Untersuchung auf Gonokokken. Der positive Befund und das Verhalten der Kornea sind entscheidend. Letztere wird bei der Einschlußblennorrhöe nicht gefährdet. Finden Sie also Gonokokken, so haben Sie alles zu veranlassen, was erfahrungsgemäß am besten bei der Gonoblennorrhöe geschieht: Säuberung der Lider alle 2 Stunden, Instillationen von Protargol 10 Proz. oder Sophol 5 Proz. täglich 6 mal und Milcheinspritzungen in die Glutäen (1 ccm 4 Min. gekocht). Achten Sie darauf, daß die Hornhaut beim Einträufeln nicht verletzt wird, und vermeiden Sie, wenn die Kornea schon mitbeteiligt ist, jeglichen Druck auf die Lider, weil hierdurch der Geschwürsgrund platzen kann. Die Linse springt dabei oft leicht heraus. Das Auge ist dann als verloren zu betrachten. Fehlen Gonokokken im Sekret, so haben wir es mit einem im ganzen harmlosen Leiden zu tun, das bald mit Hilfe von Borlösungswaschungen zur Ausheilung kommt. Dasselbe gilt von der Conjunctivitis traumatica, die bisweilen infolge der Credéschen Einspritzung (Argent. nitric. 2 Proz.) entsteht. In zweifelhaften Fällen ist die Therapie so einzurichten, als ob es sich um eine Gonoblennorrhöe handelt.

Ein ausgesprochenes Trachom ist leicht zu diagnostizieren: Follikel wie Sagokörner oder Froschlaich, diffuse sulzige Infiltration der Konjunktiva und ein anderes Mal papilläre Exkreszenzen besonders im Bereich der Übergangsfalten, später Narben, Pannus und Lidveränderungen.

Schwierig ist bisweilen im ersten Stadium die Entscheidung darüber, ob es sich um einen akuten Follikularkatarrh, der auf die Einwirkung der mannigfachsten Noxen hin eintreten kann oder um Trachom handelt. Beim akuten Follikularkatarrh finden sich auf einer verschieden stark geschwollenen und injizierten Konjunktiva zahlreiche Follikel von rötlich durchscheinendem

[1] Radiovortrag über die Deutsche Welle.

Aussehen und ovaler Gestalt, welche die ganze Ausdehnung der Conjunctiva palpebrarum, also auch des Oberlides bedecken. Die Unitarier differenzieren nicht, es handelt sich für sie um akutes Trachom, das ohne Folgezustände ausheilen kann, im anderen Falle aber chronisch wird und später die Trachomzeichen darbietet. Der akute mit Schwellung und starker Sekretbildung einhergehende Follikularkatarrh ist sehr infektiös, wird meist in geschlossenen Anstalten beobachtet und man spricht dann von epidemischer Ophthalmie. Die Prognose ist günstig, während die des echten Trachoms immer zweifelhaft ist. Wegen der Prognose und der Therapie achte man darauf, daß man die Krankheiten nicht verwechselt, was bisweilen außerordentlich schwierig ist. Der Willkür der Autoren ist hier Tür und Tor geöffnet. Bei akutem Follikularkatarrh kommen besonders frische Luft, Sauberkeit durch Spülungen und die verschiedensten Argentumpräparate in Betracht.

Ein Bild, das dem akuten Follikularkatarrh oder nach Ansicht der anderen dem akuten Trachom sehr ähnlich ist, bietet die sogenannte Schwimmbadkonjunktivitis. Sie führt im allgemeinen weder zu Narbenbildung noch zu Pannus und Hornhauterkrankung. Wegen der prophylaktischen Maßnahmen ist es wichtig an die Ätiologie zu denken.

Nicht gar selten ist die Verwechslung von Trachom mit dem Frühjahrskatarrh. Dies ist ein chronisches Leiden, bei dem sich kopfpflastersteinartige Exkreszenzen auf der Conjunct. tarsi bilden, die wie mit einem milchigen Schein überzogen erscheint. Gelegentlich bilden sich auch kleine gallertartige Knötchen am Limbus corneae. Verschieden starke Beschwerden, Exazerbation meist in der Sommerzeit. Rezidive über viele Jahre. Die Sehkraft ist nicht gefährdet. Ein mildes adstringierendes Verfahren und innerlich Kalkpräparate sind am Platze. Operative Maßnahmen, zu denen die Wucherungen gewissermaßen verleiten, bringen keine Heilung. Der bei dem Trachom so segensreich wirkende Kupferstift verschlimmert meist das Leiden, und deshalb ist davor zu warnen.

Bei den Konjunktivalleiden kommt des öftern eine Verwechslung von Konjunktivitis mit Iritis vor. Der Augapfel ist rot, konjunktivale und perikorneale Injektion liegt vor, letztere infolge von leichter Randkeratitis. Patient klagt über Brennen und Stechen und bei großer Empfindlichkeit wohl auch über Kopfschmerzen. Sekretion ist wenig vorhanden. Ist nun noch die Iris etwas verfärbt, so neigt man zur Diagnose Iritis und gibt Atropin, wodurch der Patient in seiner Sehfähigkeit ca. 8 Tage geschädigt wird. Am nächsten Tage ist die Sekretion schon stärker und man sieht ein, daß man sich geirrt, daß Konjunktivitis und nicht Iritis vorliegt und daß ein Adstringens nötig ist. Anstatt der verordneten Augenklappe wird man das Auge jetzt besser offen lassen.

Umgekehrt diagnostiziert man bei Iritis öfters Konjunktivitis und verwendet fälschlicherweise das beliebte Zink. Bei genauem Zusehen aber findet man starke perikorneale Injektion, Verfärbung der Regenbogenhaut, enge Pupille und sogenannte hintere Synechieen, d. h. Verwachsungen der Regenbogenhaut mit der vorderen Linsenkapsel. Abgesehen von der der Ätiologie entsprechenden Allgemeinbehandlung ist Atropin am Platze.

Für die Praxis besonders wichtig ist, daß man sich vor einer Verwechslung von Iritis mit akutem Glaukom hütet. Die Symptome der Iritis habe ich Ihnen eben geschildert. Bei Glaukom finden wir als subjektive Symptome Schmerzen im Kopf und in der Stirn, Störungen des Allgemeinbefindens, öfters Erbrechen, Verminderung der Sehschärfe, Nebelsehen mit der Wahrnehmung der Farben des Regenbogens um eine Lichtflamme. Objektiv zeigt sich eine Tensionsvermehrung des Augapfels, eine Schwellung der Lider und der Conjunctiva bulbi, eine Schlängelung und Füllung der vorderen Ziliarvenen, eine Hornhauttrübung, Verengung der vorderen Kammer, eine weite und starre Pupille. Ein Einblick in das Augeninnere ist gewöhnlich nicht möglich. Man merke sich den folgenden Satz:

Findet sich an einem entzündeten Auge, das nicht mit Atropin behandelt ist, eine erweiterte Pupille, so handelt es sich fast immer um Glaukom. Die wenigen Ausnahmen, die wir bei Iritis serosa und bei Schwartenbildung im Glaskörper haben, kommen praktisch nicht in Betracht. Der Diagnose entsprechend ist Atropin absolut zu verwerfen. Man gebe Pilokarpin 2 Proz. oder Eserinum salicyl. 1 Proz. 5—6 mal täglich und verweise den Patienten sobald als möglich an den Spezialisten. Er wird vermutlich meist erst versuchen, durch Suprarenininjektionen oder durch Verwendung von Glaukosan die Krankheit günstig zu beeinflussen resp. zu heilen, wird aber in der Mehrzahl der Fälle doch bald zur Operation schreiten. Ein langes Hinziehen verschlechtert die Prognose und macht den Patienten oft indolent.

Unangenehm für den Arzt können Schnelldiagnosen von Katarakt sein. Wir erinnern uns daran, daß bei Leuten über 60 Jahre die Pupille nicht mehr ganz schwarz, sondern leicht gräulich erscheint. Diese Verfärbung ist bisweilen so stark, daß selbst der Geübte Katarakt bei sich diagnostiziert. Sagen wird man es dem Patienten nicht, da man sich irren kann. Der graue Schein stellt den Altersreflex der Linse dar, der daher kommt, daß die Linsenfasern sich geändert haben und etwas von dem einfallenden Licht reflektieren. Die Sehschärfe wird dadurch kaum alteriert. Ist man nun voreilig und stellt die Diagnose auf Katarakt, so wird man folgerichtig auch von Operation sprechen müssen. Man schreitet zur Untersuchung im Dunkelzimmer, durchleuchtet und findet, daß die Pupille gleichmäßig hellrot aufleuchtet. Hiermit ist das Fehlen von Katarakt

erwiesen. Bisweilen sieht man bei seitlicher Beleuchtung neben dem diffusen grauen Reflex einzelne radiär angeordnete graue Striche: Caracta incipiens. Der Patient, der Sehstörungen aus irgendeinem Grunde hatte, z. B. infolge eines Refraktionsfehlers oder infolge einer inneren Augenerkrankung ist mit der Diagnose Katarakt zur Klinik geschickt worden. Er hört nun, daß eine Operation nicht am Platze sei, und daß ihm mit einer Brille geholfen werden könne. Ein solcher Widerspruch kann das ärztliche Renommé leicht schädigen. Es hätte der Irrtum vermieden werden können, wenn überhaupt keine Diagnose gestellt worden wäre, oder wenn der Arzt die einfache Durchleuchtung vorgenommen haben würde. Die Linse hätte sich dabei als ungetrübt erwiesen, und wenn nun die Sehschärfe trotzdem schlecht war, resp. der Patient über stetig zunehmende Verschlechterung klagte, so mußte sich der Untersucher sagen, daß etwas anderes vorliegen müsse.

Die Kataraktdiagnose auf Grund des grauen Scheines bringt öfters irreparablen Schaden. Es wird dem Patienten gesagt, daß er noch ruhig abwarten könne, weil er ja noch etwas sehe. Schließlich kommt der Kranke in die Klinik und es wird festgestellt, daß er z. B. an Glaucoma simplex in vorgeschrittenem Stadium leidet, und daß nichts mehr zu machen ist. Vor Monaten hätte durch Operation noch ein brauchbares Sehvermögen erhalten werden können. Deshalb schicke man in zweifelhaften Fällen und wenn Übung und Zeit zur Untersuchung fehlen, den Kranken zum Facharzt, damit möglichst viel gerettet werden kann.

In große Aufregung versetzt den Patienten und den Arzt gelegentlich das Hordeolum internum. Es ist dies eine akute eitrige Entzündung der Meibomschen Drüse. Beim Chalazion handelt es sich um einen chronisch granulierenden Prozeß der Drüse. Bei ersterem ist bisweilen bei heftigen Schmerzen das Lid sehr rot und stark geschwollen, das Auge kann nicht geöffnet werden. Eine hochgradige Chemose findet sich am Bulbus. Der Patient fühlt sich schwer krank, man denkt an Periostitis orbitae, an ein Augenleiden durch Metastase usw. Ein zartes Betasten des Lides ergibt eine besonders schmerzhafte Stelle, das ist der Ort der Abszedierung. Warme Umschläge oder am besten eine Inzision mit einem recht spitzen, sehr scharfen Messer bringen dem Patienten bald Heilung, und alle Sorgen um ein schweres Augenleiden schwinden.

Aufmerksamkeit verdient auch die sogenannte akute phlegmonöse Dakryozystitis, — die Gegend des Tränensackes ist hochrot verfärbt, geschwollen und auf Druck sehr schmerzhaft. Auch die Lider und die Konjunktiva beteiligen sich an der Entzündung. Die Anamnese, aus der sich ergibt, daß früher das Auge getränt, vielleicht sogar geeitert habe, und die Druckempfindlichkeit, besonders in der Tränensackgegend, führen auf den richtigen Weg. Warme Umschläge und ein abwartendes Verfahren oder eine Inzision beseitigen die akuten Erscheinungen; nachher ist die Behandlung des Tränensackes nach den Regeln der Kunst erforderlich. Bei Berücksichtigung der erwähnten Symptome kann man Periostitis, Siebbeinzellenerkrankung und Orbitalphlegmone meist ausschließen und man kann den Kranken beruhigen.

Gelegentlich ist eine akute Phlegmone des Tränensacks, häufiger aber die chronische Erkrankung desselben mit einer Geschwürsbildung auf der Cornea vergesellschaftet. Patient kommt mit einem Ulcus corneae serpens z. B. und sagt, daß ihm vor kurzem etwas ins Auge geflogen sei. Seitdem habe er heftige Schmerzen, Verminderung des Sehvermögens und Eiterfluß. Man sieht ein Geschwür auf der Hornhaut, oft mit Eiteransammlung in der vorderen Kammer (Hypopyon) kompliziert. Es handelt sich um eine infizierte Verletzung der Cornea. Die Hauptursache ist gegeben durch die im Tränensack befindlichen Mikroorganismen, von denen besonders die Pneumokokken und die Staphylokokken in Betracht kommen. Man kann nun die beste Therapie einschlagen wie Instillationen von Optochin 2 Proz. stündlich, Atropin, Kollargolsalbe, Betupfen mit Jodtinktur, Zinkinstillation (2 Proz.), Galvanokaustik usw., alles wird meist vergeblich sein, wenn man nicht an den Herd der Infektion, den Tränensack, denkt. Deshalb ist es das Wichtigste bei der Behandlung von Hornhautgeschwüren, daß man sich zuerst durch Druck auf den Tränensack über seine Beschaffenheit orientiert. Ist er erkrankt, so wird er am besten exstirpiert, nur so ist Aussicht auf Heilung vorhanden.

Wenn wir uns weiter nach Verwechslungen umsehen, so werden wir finden, daß des öfteren Schielfälle falsch gedeutet werden. Die inkoordinierten Augenbewegungen der Neugeborenen und diejenigen, die wir noch in den ersten Lebensmonaten sehen, werden die Eltern selten zum Arzt führen. Es fällt ihnen aber allmählich doch bald auf, daß das Kind häufig eine Schielstellung darbietet, und deshalb befragen sie den Arzt. Es kann nun ein wirklich konkomittierendes Schielen vorliegen, sehr oft kann es sich aber auch um eine Augenmuskellähmung handeln, und zwar am häufigsten um eine solche des Abduzens z. B. durch Quetschung bei einer Zangengeburt oder durch Kernaplasie usw. Für die Prognose ist die richtige Diagnose von Wichtigkeit. Und wie sollen wir uns nun bei den Säuglingen darüber orientieren? Wir fixieren den Kopf, halten am besten im verdunkelten Raum eine Kerzenflamme in 1 m Abstand vor die Augen und gehen mit der Flamme nach rechts und links. Schon im Alter von 3 Monaten folgen die Säuglinge prompt der Lichtflamme. Liegt eine Lähmung vor, so sehen wir jetzt den Beweglichkeitsdefekt nach außen z. B. bei einer Abduzenslähmung, während bei einfachem Schielen beide Augen sich gleichmäßig bewegen. Bei der Lähmung ist die Prognose

meist schlecht. Man wird sich also am besten unbestimmt ausdrücken und auf die Zukunft vertrösten. Auch bei den Kindern im späteren Alter wird man immer sich dieser Diagnose erinnern müssen. Sonst kann es passieren, daß man zur Schieloperation rät, und daß der Operateur den Eltern eben sagt, daß nichts zu machen sei, denn bei den Operationen bei Lähmungen wird selten etwas erreicht.

Ganz guten Erfolg hat man bisweilen bei der Parese, wie wir sie bei Tabes öfters zu sehen bekommen. Diese Lähmungen bzw. Paresen kann man schon von weitem aus der eigentümlichen Kopfhaltung der Patienten diagnostizieren. Sie drehen den Kopf und schalten dadurch die lästigen Doppelbilder aus. Man kann nun bei einer Lähmung des Abduzens mit Einwärtsschielen das Auge durch Operation wohl in die Mitte bringen, aber dies hält in der Regel nicht lange vor, das Auge ist unbeweglich nach der einen Richtung und der Patient wird von Doppelbildern geplagt und wenn das operierte Auge eine bessere Sehschärfe hat als das andere, so geht das schlechtere beim Blick geradeaus in Schielstellung über, es kommt zu einer sogenannten sekundären Ablenkung. Also auch hier sei man mit dem Wort Schieloperation recht vorsichtig und untersuche erst genau, wie die Verhältnisse liegen.

Beobachten die Eltern bei kleinen Kindern, meist handelt es sich um die ersten Lebensjahre, einen eigentümlich weiß-rötlich gefärbten Schein in der Pupille, so ist dieser Befund stets sehr ernst zu nehmen. Man erweitere am besten durch Atropin die Pupille und sehe sich die Augen bei seitlicher Beleuchtung an. Man sieht hinter der Pupille im Glaskörper eine bucklige Prominenz, die von vielen Gefäßen durchzogen ist. Solche Fälle verweise man gleich an den Spezialisten, der dann zu entscheiden hat, ob Gliom vorliegt, oder ob es sich um ein Pseudogliom handelt, d. h. ob ein Glaskörperabszeß z. B. infolge von Tuberkulose oder eine Chorioiditis mit Schwartenbildung vorliegt. Das Gliom ist eine sehr bösartige Geschwulst, die die Entfernung des Augapfels notwendig macht. Man darf diesen geschilderten Befund nicht mit Katarakt verwechseln, die sich auch bei kleinen Kindern erworben und angeboren vorfindet. Hier liegt die Trübung dicht hinter der Iris und nicht in der Tiefe des Glaskörpers. Gelegentlich macht die Differentialdiagnose zwischen Gliom und Pseudogliom auch dem Geübtesten größte Schwierigkeit. Ich habe es erlebt, daß drei erfahrenste Kliniker sich in einem Fall für Gliom aussprachen und daß es sich später herausstellte, daß es doch kein Gliom war.

(Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Berlin.)

2. Magen-Darmkrankheiten des älteren Kindes[1]).

Von

Prof. Dr. **E. Schiff** in Berlin.

Belegte Zunge und Foetor ex ore.

Bei den Magen-Darmerkrankungen des Erwachsenen spielen in der Symptomatologie Appetitlosigkeit, belegte Zunge, Foetor ex ore, unangenehme Sensationen, zuweilen sogar recht erhebliche Schmerzen in der Magengegend, wie auch Erbrechen eine führende Rolle. Es sei nun gleich vorweg genommen, daß all diese Symptome auch beim Kinde im Schulalter nicht selten zu beobachten sind, und daß diese in der Regel nicht durch eine Störung der Magenfunktion herbeigeführt werden. Wohl kann auch beim Kinde z. B. eine Magenüberladung und hierdurch bedingte Motilitätsstörung und bakterielle Zersetzung des Mageninhaltes manche der erwähnten krankhaften Symptome herbeiführen. Meist liegt aber die auslösende Ursache außerhalb des Magen-Darmtraktes.

Czerny lehrt, und die klinische Erfahrung bestätigt es Tag für Tag, daß belegte Zunge und Foetor ex ore in der Regel durch entzündliche Prozesse des Nasen-Rachenraumes veranlaßt werden. In der Praxis wird in solchen Fällen oft von einer akuten Magenverstimmung gesprochen, und man glaubt zu einer solchen Annahme insbesondere dann berechtigt zu sein, wenn zugleich Appetitlosigkeit oder Symptome seitens des Darmkanals meist in Form einer Obstipation bestehen. Fiebert das Kind noch, so wird der Zustand als eine Febris gastrica bezeichnet und die Therapie wird von diesem Gesichtspunkte aus eingeleitet. In der Regel wird dann ein Abführmittel und Diät verordnet. Wenn nun, wie dies manchmal in der Tat der Fall ist, nach dieser Therapie bald eine Besserung erfolgt, so glaubt man, die Diagnose auch ex juvantibus sichergestellt zu haben. Die klinische Beobachtung ergibt aber, daß manche Kinder, in der Regel handelt es sich um anfällige Kinder, bei jedem Schnupfen eine belegte Zunge haben, und daß hierbei auch eine mangelhafte Nahrungsaufnahme sich einstellt. Die wesentlichste Rolle spielt dabei die Rhinitis superior, eine Erkrankung, die der Untersuchung leicht entgehen kann, wenn man nicht an sie denkt. Wahrscheinlich sind es bakterielle Zersetzungsprozesse im hinteren, bzw. oberen Nasen-Rachenraum, die Anlaß zu den genannten Erscheinungen geben. Bei all diesen Rhinitiden kommt es zu einer Geschmacksstörung und dies führt dazu, daß die Kinder schwerer als sonst die Nahrung zu sich nehmen. Unterstützt wird die Appetitlosigkeit natürlich auch dadurch, daß infolge der Rhinitis oft auch das Riechvermögen

[1]) Fortbildungsvortrag.

leidet. Die erwähnten Störungen sind durchaus keine Eigentümlichkeit des Kindesalters. Man kann die erwähnten Symptome oft auch bei Erwachsenen in derselben Weise beobachten.

Appetitlosigkeit führt zu herabgesetzter Nahrungsaufnahme. Wenn solchen Kindern noch eine kalorienarme Krankenkost verordnet wird, so kann es nicht wundernehmen, wenn eine Obstipation sich einstellt, die natürlich nur eine Scheinobstipation ist und mit einer gestörten Darmfunktion nichts zu tun hat. Kurz zusammenfassend, bei belegter Zunge, Foetor ex ore, Appetitlosigkeit mit oder ohne Temperatursteigerung und Obstipation, ist in erster Linie an eine Rhinopharyngitis posterior und nicht an eine Magen-Darmerkrankung zu denken.

Die Therapie hat zunächst den lokalen Prozeß zu berücksichtigen. Wir verordnen eine Nasensalbe, z. B. Liquor. alum. acet. 2,0 Paraffin. liq., adipis lanae. aa. 10,0 und lassen von dieser Salbe 4—5 mal am Tage bei nach hinten gebeugtem Kopf eine zirka erbsengroße Menge in beide Nasenlöcher eintragen. Welche Nahrung wir dem Kinde im akuten Stadium der Erkrankung geben, ist ziemlich belanglos. Bedeutsam ist, daß wir diesen Kindern reichlich Kohlehydrate zuführen. Dies geschieht am besten in der Form, daß wir ad libitum Apfelsinen-, Zitronen- oder Himbeersaft, der reichlich mit Zucker versetzt ist, verabreichen. Auf diesem Wege bekämpfen wir bei fieberhaften Zuständen die Wasserverschiebung, bzw. Wasserverarmung des Körpers, ferner bekämpfen wir durch die reichliche Zuckerzufuhr den Hunger und schließlich die Hungerketose. Durch Zufuhr von Zitronen- oder Apfelsinensaft verabreichen wir dem Kinde außerdem noch Vitamine, von denen wir annehmen, daß sie den Krankheitsverlauf im günstigen Sinne beeinflussen.

Vielleicht noch wichtiger als die Behandlung der akuten oder subakuten Rhinitis superior ist die Prophylaxe der Anfälligkeit. Nach Czerny verfahren wir hierbei folgendermaßen: wir ernähren die Kinder in gesunden Tagen mit einer flüssigkeitsarmen, gemischten Kost. Ferner wird von Czerny empfohlen, längere Zeit hindurch dem Kinde Milchsäure zu verabreichen und zwar in der Form, daß wir 2 mal täglich ungefähr in 100 g Wasser mit Himbeersaft einen Teelöffel einer 10 proz. Milchsäurelösung hinzufügen. Ferner kann oft mit gutem Erfolge zur Bekämpfung der Anfälligkeit die Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne herangezogen werden. Da alle diese Maßnahmen die Umstimmung des Organismus bezwecken, so müssen sie natürlich lange Zeit hindurch konsequent durchgeführt werden.

Schmerzen

als führendes Symptom, die auf eine Erkrankung des Magen-Darmkanals hinweisen, können unter Umständen diagnostische Schwierigkeiten bereiten. Es sei nur kurz darauf hingewiesen, daß heftiger Schmerz in der Magen- oder unteren Bauchgegend bei akut fieberhaften Erkrankungen vorkommen und manchmal einer Pneumonie vorausgehen kann. Diagnostisch von größerer Bedeutung und auch wesentlich häufiger sind aber die Schmerzen, die in der Regel erst vom 5. Lebensjahre an auftreten und durch folgende Merkmale charakterisiert sind.

1. Plötzlicher Beginn des Schmerzanfalles aus voller Gesundheit.
2. Die Schmerzen lassen sich auf keine auslösende Ursache zurückführen. Sie sind unabhängig von der Nahrungsaufnahme und auch von der Art der Ernährung.
3. Meist werden die Schmerzen in die Nabelgegend lokalisiert. Ausnahmen kommen allerdings vor.
4. Durch Druck wird der Schmerz nicht gesteigert.
5. Ebenso plötzlich wie die Schmerzanfälle kamen, können sie wieder verschwinden, um eventuell am selben Tage sich zu wiederholen oder nach einer verschieden langen Latenz zu rezidivieren.
6. In der Regel sind die Schmerzen der Suggestivbehandlung zugänglich.

Praktisch bedeutsam ist die Kenntnis dieser Erkrankung, sie wird meist als Nabelkolik bezeichnet, schon allein aus dem Grunde, weil sie leicht mit einer Appendizitis verwechselt werden kann. Diagnostische Irrtümer können nach beiden Richtungen hin vorkommen. Einmal wird eine Nabelkolik für eine Appendizitis gehalten und dementsprechend behandelt und im anderen Falle kann eine Appendizitis vorliegen, die für eine harmlose Nabelkolik angesehen wird. Verhängnisvoller ist natürlich der letztere Irrtum. Tatsächlich kann die Entscheidung, ob Appendizitis oder Nabelkolik vorliegt, manchmal Schwierigkeiten bereiten. Eine sorgfältige Untersuchung ist somit stets erforderlich. Differentialdiagnostisch bedeutsam ist das Fehlen von Muskelspannung und Druckschmerzen in der Appendixgegend, ferner das Fehlen von Fieber bei der Nabelkolik. (Allerdings können nennenswerte Temperatursteigerungen in manchen Fällen von Appendizitis auch fehlen.) Eine ganz besondere Schwierigkeit ergibt sich aber dann, wenn Lageveränderungen des entzündeten Wurmfortsatzes vorliegen. So kann z. B. die Appendix beim Kinde ins kleine Becken tief hineinragen, oder hinter dem Cöcum gelagert sein. In solchen Fällen wird bei Betastung des Abdomens die Druckempfindlichkeit vorn an der typischen Stelle fehlen oder bei nach oben verlagerter Appendix der Schmerz an einer atypischen Stelle (obere seitliche oder mittlere Bauchhälfte) lokalisiert sein. Aus diesem Grunde soll man bei Verdacht auf Appendizitis die Rektaluntersuchung (teigiges Infiltrat, stark schmerzhafte Stelle) nie versäumen und ich selbst würde auch in fraglichen Fällen auf die Blutuntersuchung nie verzichten. Nach eigener Erfahrung ist bei der

Nabelkolik eine Leukozytose und Linksverschiebung niemals vorhanden. Ist die Zahl der weißen Blutzellen vermehrt, oder was bei jungen Kindern diagnostisch noch bedeutsamer ist, eine Linksverschiebung auch ohne Vermehrung der Gesamtzahl der weißen Zellen vorhanden, so ist das Vorliegen einer Nabelkolik, natürlich wenn keine anderen entzündlichen Komplikationen vorhanden sind, auszuschließen.

Näheres über die sogenannten Nabelkoliken wissen wir auch heute noch nicht. Die Behauptung, daß eine jede Nabelkolik eine Appendizitis ist, muß abgelehnt werden, weil trotz Appendektomie die für die Nabelkolik charakteristischen Schmerzanfälle weiter bestehen können und auch die Wurmfortsätze bei der Nabelkolik nichts pathologisches aufweisen. Sicher ist ferner nach eigenen Untersuchungen, daß die Nabelkolik weder mit Hyperazidität noch mit Ulkus etwas zu tun hat. Wenn die Magenazidität bei der Nabelkolik ein abnormes Verhalten aufweist, so handelt es sich, fast ausnahmslos, um eine Hypazidität. Ich habe vor vielen Jahren die Nabelkoliken als eine Vagusneurose vegetativ stigmatisierter Kinder aufgefaßt. In der Tat sind bei diesen neuropathische Züge nie zu vermissen. In diesem Sinne spricht die schon erwähnte Zugänglichkeit des Leidens für suggestive Maßnahmen (Milieuwechsel, medikamentöse, verbale usw. Suggestion). Für eine Mitbeteiligung des parasympathischen Systems sprechen die guten therapeutischen Erfolge mit der von mir eingeführten Atropintherapie. Daß dies nicht nur eine Suggestivbehandlung ist, dafür spricht die Tatsache, daß das Atropin auch in solchen Fällen wirksam ist, bei welchen die üblichen Suggestivmethoden versagen. Ich verordne von der 1 prom. Lösung, mit 3 mal täglich 2 Tropfen beginnend, tropfenweise ansteigende Mengen, bis die Wirkung da ist und keine Intoxikationserscheinungen sich einstellen. Am besten wird das Mittel, wenn die Schmerzanfälle aufgehört haben, nicht plötzlich sondern allmählich wieder abgesetzt.

Mehr oder weniger heftige Schmerzen im Abdomen können bei sensiblen Kindern auch bei einer Sekretionsneurose des Darmes bei der sogenannten Enteritis membranacea vorkommen. Die Erkrankung ist charakterisiert durch Ausscheidung von Membranen aus dem Darm, die mit oder ohne Stuhlgang zur Ausscheidung gelangen können. Bemerkenswerterweise kann längere Zeit hindurch als einziges Symptom der attackenweise auftretende kolikartige Schmerz im Abdomen bestehen. Dieser akuten Form gegenüber gibt es auch einen chronischen Verlauf der Erkrankung (Czerny), die sich von der akuten nur dadurch unterscheidet, daß sie nicht mit Schmerzen einhergeht. In diesen Fällen wird die Störung nur durch Zufall entdeckt. Die Membranausscheidung erfolgt periodenweise. Nach Czerny-Keller führt in der Regel eiweißreiche Nahrung, natürlich nur bei gegebener Disposition, zu dieser Erkrankung. Ernährungstherapeutisch wird man also am besten eine kohlehydratreiche und eiweißarme Kost anwenden. Ausgezeichnete therapeutische Resultate sah ich bei den akuten Fällen vom Atropin. Ich verordne das Mittel nach demselben Schema wie bei den Nabelkoliken.

Erbrechen.

Das Erbrechen unter Umständen bei Aufnahme verdorbener Nahrungstoffe, wie auch bei übermäßiger Belastung des Magens auftreten kann, braucht nicht weiter erwähnt zu werden. Zu betonen ist aber, daß diese Form des Erbrechens beim Kinde sicherlich viel seltener ist als dies oft angenommen wird, viel häufiger liegt die Ursache des Erbrechens außerhalb des Magens und es ist bekannt, daß verschiedene akute Infekte von einem sogenannten Initialerbrechen eingeleitet werden können. Ich möchte hier nur an das Erbrechen erinnern, das oft die Scharlacherkrankung einleitet, ferner die Neigung zum Erbrechen mancher sensibler Kinder mit gestörter Nasenatmung erwähnen, bei welchen wahrscheinlich Zersetzungsprozesse im hinteren Nasenraum die Neigung zum Erbrechen veranlassen. Bei sich immer wiederholendem Erbrechen, wenn keine andere Ursache hierfür verantwortlich gemacht werden kann, ist natürlich auch an eine meningeale bzw. zerebrale Erkrankung zu denken. Von unschätzbarem diagnostischem Wert ist in solchen Fällen das Verhalten der Pulsqualität. Besteht neben der Neigung zum Erbrechen eine auffallend starke Sinusarrhythmie (respiratorische Arrhythmie), so spricht das mit der größten Wahrscheinlichkeit dafür, daß das Erbrechen durch eine zerebrale Erkrankung bedingt ist. Die Sinusarrhythmie ist oft vorhanden, bevor noch andere Symptome der zerebralen bzw. meningealen Erkrankung nachweisbar werden. Selbstverständlich setzt die richtige diagnostische Wertung dieser Pulsirregularität eine gewisse Übung und Erfahrung im Betasten des Pulses voraus.

Eine besondere Bedeutung spielt im Kindesalter, insbesondere im Schulalter, das nervöse Erbrechen, oder richtiger gesagt, das Erbrechen nervöser Kinder. Bekannt ist das Erbrechen mancher dieser Kinder früh morgens vor dem Schulbesuch. Ferner, daß bei sensiblen Kindern die Fahrt auf der Straßen- oder Eisenbahn Übelkeit bzw. Erbrechen auslösen kann. Andere wiederum haben gewissen Speisen gegenüber eine Abneigung. Zwingt man sie, die Nahrung zu sich zu nehmen, so kann leicht Erbrechen sich einstellen, und bei wiederholtem Zwang kann das Erbrechen bei diesen Kindern direkt zu einem Bedingungsreflex sich entwickeln (Czerny). Schon die bloße Vorstellung genügt dann, um den Brechreiz aufkommen zu lassen.

Bei Kindern kann heftiges Erbrechen aus vollem Wohlbefinden sich einstellen. Riecht die Atemluft nach Azeton und enthält der Urin

reichlich Ketokörper, so wird, wenn andere Erkrankungen ausgeschlossen werden können, von einem azetonämischen Erbrechen gesprochen. Die Krankheit wird auch als zyklisches oder periodisches Erbrechen bezeichnet. So lange wir keine genauen Kenntnisse über diese Erkrankung haben, dürfte wohl die Bezeichnung ketonämisches Erbrechen die am besten geeignete sein. Die Krankheit kann leichter verlaufen, sie kann aber auch mit ganz bedrohlichen Erscheinungen einhergehen. Es kommt zu einer schweren Wasserverarmung, zur Abnahme des Turgors, die Augen sind tief eingesunken, teilnahmslos liegt das Kind im Bett und jeder Versuch den Hunger- und qualvollen Durstzustand durch Nahrungs- bzw. Flüssigkeitszufuhr zu beheben, wird sofort mit Erbrechen beantwortet. In der Regel hört dann das Erbrechen nach wenigen Tagen ebenso plötzlich auf, wie es gekommen ist, und nach kurzer Zeit erinnert nichts mehr an den bedrohlichen Zustand, in dem das Kind wenige Tage zuvor sich noch befunden hat. Rezidive können nach verschieden langer Zeit auftreten. Zur Zeit der Pubertät geben sich dann die Anfälle endgültig.

Das ketonämische Erbrechen ist eine recht seltene Erkrankung, und es muß betont werden, daß bei der Diagnosenstellung die größte Vorsicht am Platze ist. Diagnostische Irrtümer kommen häufig vor. Ich sah wiederholt bei beginnendem Ikterus simplex ketonämisches Erbrechen diagnostizieren (Achtung auf Vergrößerung und Druckempfindlichkeit der Leber und auf Dunkelfärbung des Urins durch Urobilin). Viel verhängnisvoller ist aber die Verwechselung mit Urämie oder Ileus. Die Schwierigkeit in der Diagnostik ergibt sich bereits aus der Tatsache, daß die Ketose auch durch die Inanition allein herbeigeführt sein kann und wir andere, charakteristische diagnostische Merkmale nicht besitzen. Wohl besteht beim ketonämischen Erbrechen oft eine Hypoglykämie. Entgegen manchen Angaben in der Literatur muß aber betont werden, daß dies nur ein Symptom der Inanition ist, und differentialdiagnostisch nicht verwertet werden kann. Nur durch sorgfältige Untersuchung des Kindes, des Urins, des Stuhles und des Blutes können gröbere diagnostische Irrtümer vermieden werden.

Ich sagte bereits, daß wir über das Wesen der Erkrankung noch nichts näheres wissen. Sicher ist nur, daß die Anfälle beim disponierten Kind nicht durch vermehrte Fettzufuhr, sondern durch Kohlehydratentziehung ausgelöst werden können. Wahrscheinlich spielen Infekte bei der Auslösung der Erkrankung eine gewisse Rolle.

Therapeutisch wird seit einiger Zeit die Zufuhr von Kohlehydraten befürwortet. Wegen des heftigen Erbrechens ist natürlich an die perorale Zufuhr nicht zu denken. Am besten gibt man eine 4,5 proz. Traubenzuckerlösung rektal und intravenös oder die 10 proz. Lösung intramuskulär. Theoretisch gänzlich unbegründet und praktisch nicht erwiesen ist der Nutzen der Insulintherapie. Daß die Ketose beim ketonämischen Erbrechen nicht auf einem Insulinmangel beruht, beweist genügend die Tatsache, daß trotz der starken Ketose die Hyperglykämie und die Glykosurie fehlen. Eine primäre Störung der Kohlehydratverwertung kann also nicht in Frage kommen.

Erbrechen als führendes Symptom beim älteren Kinde finden wir noch beim Kardiospasmus wie auch bei Strikturen an den unteren Teilen des Ösophagus. Recht charakteristisch ist bei beiden Zuständen, daß dem Erbrechen oft ein Regurgitieren der Nahrung vorausgeht, bzw. Erbrechen und Regurgitation in verschiedenen Zeiten sich abwechseln. Ebenso charakteristisch dafür, daß die aufgenommene Nahrung nicht in den Magen gelangt ist, ist die Probe mit einer Milchmahlzeit. Die erbrochene Milch ist unverändert, sie ist nicht geronnen. Der Kardiospasmus kommt bei größeren Kindern auf rein nervöser Basis zustande. In den wenigen Fällen, die ich gesehen habe, handelte es sich um vegetativ stigmatisierte Kinder. Bemerkenswerterweise wird nicht eine jede Mahlzeit erbrochen. Manchmal wird die flüssige Kost schon während des Trinkens erbrochen. Später sehen wir die Flüssigkeit im unteren Teil des Ösophagus sich ansammeln. Der untere Teil des Ösophagus ist dann stark erweitert. Bei einer anderen Gelegenheit ist die Kardia wiederum durchlässig und die Nahrung gelangt glatt in den Magen. Durch suggestive Maßnahme, z. B. Sondenernährung und Atropin oder Papaverin läßt sich der nervös bedingte Kardiospasmus beseitigen.

Erbrechen und Regurgitieren während der Nahrungsaufnahme sehen wir auch bei Strikturen des Ösophagus. Sitzt die Striktur in der Nähe der Kardia, so bekommen wir im wesentlichen das Bild des Kardiaspasmus zu Gesicht. Natürlich verschlimmert sich der Zustand hier immer mehr, je mehr die Striktur sich entwickelt. Ätiologisch kommt hauptsächlich die Laugenverätzung in Betracht. In Gegenden, wo Lauge im Haushalt zu Säuberungszwecken oft verwandt wird, kann es leicht passieren, daß Kinder irrtümlicherweise die Lauge trinken. Oft findet man im Rachen, an den Stellen, die mit der Lauge in Berührung gekommen sind, narbige Veränderungen der Weichteile. Im Ösophagus kann es zur Divertikelbildung kommen. Auch bei Divertikelbildungen kommt es zum Erbrechen. In allen diesen Fällen ist es ratsam, sich über die vorliegenden Verhältnisse durch eine Röntgenuntersuchung zu orientieren. Bei Strikturen und Divertikeln besteht die Therapie in vorsichtigem Sondieren des Ösophagus.

Erbrechen kann auch beim Ileus zunächst im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen. Enthält das Erbrochene eine Beimengung von Galle und Kot und bestehen peritoneale Reizerscheinungen, so ist die Diagnose leicht zu

stellen. In anderen Fällen kann die Diagnose Schwierigkeiten machen. So sah ich in einigen Fällen von Ileus mehrere Tage vor dem Einsetzen des typischen Krankheitsbildes leichtere uncharakteristische Leibschmerzen und nur geringfügiges Erbrechen ohne Temperatursteigerung. Es handelte sich hier um Ileusfälle, die durch peritoneale Narbenzüge und durch Meckelsche Divertikel veranlaßt waren. Verlauf und Therapie des Ileus beim Kinde weisen gegenüber dem Erwachsenen keine Besonderheiten auf.

Durchfall.

Akute Durchfälle kommen beim Kinde auch nach dem Säuglingsalter vor. Entweder handelt es sich hierbei um fehlerhafte Ernährung oder um sogenannte parenterale Durchfälle, die fieberhaften Infekten kurz vorangehen oder mit diesen gleichzeitig einsetzen können. Die Prognose ist in der Regel gut und es gelingt in kurzer Zeit auf diätetischem Wege den Durchfall zu beseitigen. Therapeutisch verfährt man am besten in der Weise, daß man zunächst eine Nahrungspause von ca. 12 Stunden einschaltet. Um den Wasserbedarf zu decken, geben wir in dieser Zeit 10proz. Reisschleim. In dieser Form werden dem Kinde auch Kalorien zugeführt. Am nächsten Tag verabreichen wir eine aus schwer vergärenden Kohlehydraten bestehende Kost. Die Milchzufuhr wird am besten ganz ausgeschaltet, oder wir geben mit Kohlehydraten angereicherte Buttermilch oder, was dasselbe leistet und einfach herzustellen ist, abgerahmte, also fettarme Milchsäuremilch. (1 Teelöffel der 10proz. Acid. lacticum-Lösung auf 100 g Magermilch.) Folgendes Schema soll einen Anhaltspunkt geben:

Frühstück: Wasserkakao oder Buttermilch oder Milchsäuremagermilch mit Zwieback.
Vormittag: Zwiebackbrei oder Mondaminbrei mit Wasser zubereitet oder Cakes.
Mittag: Kartoffelbrei mit Wasser und Buttermilch oder Milchsäuremilch.
Abendbrot: Griesbrei in Wasser gekocht mit etwas Kakaopulver.

Bessert sich der Zustand, so werden die Breie mit steigenden Mengen Milch zubereitet und zur Mittagsmahlzeit wird man gekochtes Schabefleisch geben. Fett, Gemüse und Obst werden erst allmählich zugeführt, wenn die Stühle bereits einige Tage hindurch normale Beschaffenheit aufgewiesen haben. Eine medikamentöse Behandlung ist überflüssig.

Diagnostisch und therapeutisch erheischen die chronischen Durchfälle eine besondere Beachtung. Als Grundsatz muß gelten, bei jedem chronischen Durchfall die Möglichkeit einer Darmtuberkulose zu erwägen. Die genaue Untersuchung der Lungen, des Sputums und des Stuhles auf Tuberkelbazillen, die Anstellung der Tuberkulinproben, wenn notwendig der Tierversuch, decken dann den Sachverhalt auf.

Eine nur im Kindesalter vorkommende und mit chronischen Durchfällen einhergehende Erkrankung ist die unter dem Namen Herterscher Infantilismus oder intestinaler Infantilismus bekannte Störung. Am häufigsten ist sie zwischen dem 2. und 4. Lebensjahre zu beobachten und kann plötzlich mit Durchfällen auftreten oder sich mehr schleichend entwickeln. Bei vollentwickeltem Krankheitsbild sehen wir, daß die Kinder in Gewicht- und Längenwachstum gleichaltrigen Gesunden gegenüber stark zurückgeblieben sind. Die Hautfarbe ist fahl, der Turgor gesunken, die Muskulatur dürftig; auffallend ist der große Bauch, der im Kontrast zu dem stark abgemagerten Körper steht. Recht charakteristisch ist ferner, daß psychische Verhalten dieser Kinder. Sie zeigen stets eine ernste Miene und es ist nicht möglich, auch nur einen freundlichen Blick bei diesen hervorzurufen. Sie sind außerordentlich launenhaft und verdrießlich und weisen eine jede Annährung insbesondere fremder Personen ab. Die Kinder sind meist schwer ernährbar, und dies, wie auch die chronischen Durchfälle — charakteristisch sind die voluminösen oft schaumigen etwas dünnen Stühle — führen natürlich dazu, daß die Kinder immer mehr und mehr abnehmen. Zum Teil die Launenhaftigkeit bei der Auswahl der Nahrung, zum Teil aber auch therapeutische Bemühungen führen oft dazu, daß die Kinder oft längere Zeit hindurch einseitig ernährt werden. So kann es nicht wundernehmen, wenn als Komplikationen latente oder manifeste Ödeme, Skorbut, Keratomalacie, Tetanie oder Osteoporose des Skeletts sich entwickeln. Remissionen, vorübergehende, allerdings nur recht geringfügige Besserungen können vorkommen. Dann kommt es aber wieder zum Rezidiv. Und wenn es nicht gelingt, den Ernährungszustand dieser Kinder zu heben, so erliegen sie leicht sekundär hinzutretenden Infekten. Über das Wesen der Erkrankung sind wir noch ziemlich im Dunkeln. Sicher ist, daß die Kinder Fett wie auch Kohlehydrate im allgemeinen schlecht vertragen, und daß bei ihnen eine ungewöhnlich starke Beschleunigung der Darmperistaltik bestehen kann. (Freise und Jahr.) Sicher ist ferner, daß die nervöse Veranlagung des Kindes bei dieser Erkrankung eine wesentliche Rolle spielt.

Die Therapie hat folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Zunächst die nervöse Komponente der Erkrankung. Durch geschicktes Umgehen mit dem Kinde muß die ablehnende Haltung, die negativistische Einstellung des Patienten soweit wie möglich behoben werden. Nur so wird es möglich sein, zunächst die Nahrungsaufnahme einigermaßen zu sichern. Ferner ist die Art der zugeführten Nahrung zu berücksichtigen. Wir haben erwähnt, daß Kinder, die an Herterschem Infantilismus leiden, Fett und Kohlehydrate schlecht vertragen. Ob es sich hierbei um eine

Resorptions- und Assimilationsstörung handelt, oder ob diese nur dadurch vorgetäuscht werden, daß infolge der erheblich gesteigerten Dünndarmperistaltik die Nahrungsstoffe nicht in genügendem Umfange resorbiert werden können, muß die weitere Erfahrung zeigen. Auf alle Fälle wird man bei der Diättherapie am besten eine eiweißreiche Nahrung zunächst verabreichen. In Anlehnung an Howland empfiehlt Sauer in der letzten Zeit wieder die Eiweißmilch oder mit Eiweiß angereicherte Butter- oder Milchsäuremilch als die Nahrung, die in den ersten Wochen gegeben werden soll. Nun zeigte Freise, daß gut resorbierbare einfache Kohlehydrate in jeder Phase der Erkrankung mit Erfolg gegeben werden können. Er gibt den Kindern Traubenzucker 50—80 g pro Tag in Wasser gelöst und in geteilten Einzelportionen. Auf diesem Wege kann natürlich der Kohlehydrathunger des Kindes erheblich eingeschränkt werden. Zu empfehlen ist ferner die möglichst frühzeitige Zufuhr von Vitaminen. Schwierigkeiten wird dies nicht begegnen, denn Zitronen- oder Apfelsinensaft können zusammen mit der Milch oder mit dem Zuckerwasser dem Kinde verabreicht werden. Auch die Zufuhr zumindest des fettlöslichen D-Vitamins kann heute in Form des Ergosterins leichter erfolgen als in der Zeit, wo wir ausschließlich auf das Lebertran angewiesen waren. Natürlich ist das Ergosterin kein voller Ersatz des Lebertrans, denn letzterer erhält auch andere lebenswichtige Vitamine, z. B. den Antixerophtalmiefaktor, doch werden wir mit der vorsichtigen Zufuhr von Lebertran erst beginnen, wenn die Magen-Darmfunktion dies als zulässig erscheinen läßt. Mit gutem Erfolg kann gleich im Beginne der Ernährungstherapie dem Kinde Opium gegeben werden zur Bekämpfung der Hypermortilität des Darmes (Freise). Man gibt am besten 3 mal 8—10 Tropfen der gewöhnlichen Opiumtinktur. Steht die Labilität des Wasserhaushaltes sehr stark im Vordergrunde oder bestehen erhebliche Schwankungen des Körpergewichtes, so kann nach dem Vorschlage H. Mautners ein Versuch mit der subkutanen Zufuhr von 1 ccm Pituglandol, das mehrere Tage hindurch gegeben werden kann, gemacht werden. Gemüse, Eigelb, Schabefleisch wird erst verabreicht wenn längere Zeit hindurch die Beschaffenheit und Stärke ein normales Verhalten aufweist.

Obstipation.

Sie kann verschiedene Ursachen haben und wird insbesondere von Laien oft überschätzt. So wollen wir die wichtigsten mit Obstipation einhergehenden Zustände hier kurz anführen.

In jedem Falle von chronischer Obstipation ist in erster Linie die Menge und Art der zugefuhrten Nahrung zu berücksichtigen. Nimmt ein Kind keine Nahrung zu sich oder wird der größte Teil der aufgenommenen Nahrung erbrochen, so kommt es zur Inanition. Daß in solchen Fällen keine Stuhlbildung erfolgen kann, ist selbstverständlich. Man spricht von einer Scheinobstipation, die natürlich nur durch entsprechende Nahrungsaufnahme zu beseitigen ist. Obstipation kann sich aber auch dann einstellen, wenn die Qualität der aufgenommenen Nahrung gewisse Mängel aufweist. Wird z. B. ein Kind mit einer schlackenarmen Kost ernährt, und fehlt somit der die Peristaltik anregende Reiz, so kommt es ebenfalls zu einer Stuhlverhaltung, ebenso auch bei jeder kohlehydratarmen und eiweißreichen, einseitigen Kost. Durch Richtigstellung der Ernährung bei Zufuhr einer gemischten, gemüsereichen Nahrung, bei Verabreichung von Obst, Kompott usw. ist auch diese Form der Obstipation leicht zu beeinflussen.

Eine weitere Form der Obstipation ist konstitutionell bedingt. Wir werden an eine solche denken, wenn alle anderen in Betracht kommenden Ursachen auszuschließen sind. Am häufigsten finden wir diese Obstipation bei vegetativ stigmatisierten Kindern. Die Röntgenuntersuchung des Darmkanals ergibt, daß wir hierbei nur selten mit der sogenannten spastischen Opstipation zu tun haben. Praktisch bedeutsam ist, daß wir in diesen Fällen auf diätetischem Wege in der Regel keine Besserung erzielen. Ich habe in diesen Fällen vom Atropin fast ausnahmslos gutes gesehen. Die Dosierung erfolgt genau so wie bei der Nabelkolik. Natürlich führt das Atropin nicht zu einer Dauerheilung; Rezidive können vorkommen.

Daß bei Kindern mit einem labilen Nervensystem Stuhlverhaltung auch infolge von Erziehungsfehlern sich einstellen kann, dürfte hinlänglich bekannt sein. Z. B. bei Schulkindern, die nie rechtzeitig fertig werden und um die Schule nicht zu versäumen, sich keine Zeit nehmen, den Abort aufzusuchen. Oder wenn man Kindern zu leichtfertig Abführmittel, Klistiere oder Stuhlzäpfchen verabreicht. Es darf in diesen Fällen nicht wundernehmen, wenn der Füllungszustand der Ampulla recti nicht mehr ausreicht, um den Reiz für die Stuhlentleerung herbeizuführen. Auch die regelmäßige Stuhlentleerung ist an einen Bedingungsreflex geknüpft, und es ist die Aufgabe der Erziehung, daß dieser Reflex nicht erlischt. Kommt es aber dazu, so kann er nur durch erzieherische Maßnahmen wieder hergestellt werden.

Daß bei gewissen Formen von zerebralen Störungen, wie z. B. bei der Idiotie und insbesondere beim Myxödem, eine Obstipation vorliegt, sei nur nebenbei erwähnt. Sicherlich hängt dies mit der Rückständigkeit des Nervensystems in Zusammenhang.

Die höchsten Grade von Obstipation sehen wir bei der Hirschsprungschen Krankheit. Wir werden an sie denken, wenn bei hochgradiger Obstipation eine auffallende Zunahme des Bauchumfanges zu beobachten ist. Perkussion und Röntgenuntersuchung sprechen dafür, daß der große Bauch beim Hirschsprung

die Folge einer übermäßigen Gasansammlung, also eines Meteorismus, ist. Als 3. wichtiges Symptom ist die sichtbare oder fühlbare Darmerweiterung und Darmsteifung bzw. Darmperistaltik zu erwähnen. Die anhaltende Obstipation führt dazu, daß wir im Abdomen Tumoren palpieren können, deren Größe sehr verschieden sein kann. Oft ist der Kottumor mit besonderer Deutlichkeit bei der Rektaluntersuchung zu tasten. Wird nun ein Darmrohr eingeführt, und das Hindernis passiert — sollte dies Schwierigkeiten machen, so empfiehlt Czerny durch das Darmrohr während des Vorschiebens lauwarmes Wasser einlaufen zu lassen — so kommt es zu reichlicher Entleerung von Darmgasen und Stuhlmassen, so daß der vorher meteoristische Leib ganz zusammenfällt. Bei längerer Dauer der Erkrankung leidet natürlich auch der Ernährungszustand des Kindes und je jünger das Kind, um so leichter kommt es zu einer Störung der körperlichen Entwicklung.

Eine angeborene Darmerweiterung dürfte nur in seltenen Fällen die Ursache des Hirschsprung sein. Viel häufiger ist die Dilatation und die Hypertrophie des Dickdarmes nur sekundär, bedingt entweder durch abnorme Faltenbildung, Abknickung, oder was nach den neuesten Untersuchungen Ishikawas am wahrscheinlichsten erscheint, durch Innervationsstörungen des Dickdarmes. Dieser Autor konnte nämlich im Tierversuch bei Durchschneidung der sakral-autonomen Dickdarmnerven das typische Bild der Hirschsprungschen Krankheit hervorrufen, und beim hirschsprungkranken Menschen in der dilatierten und hypertrophischen Wand des S. Romanum, eine Degeneration der Nervenfasern nachweisen.

Die Therapie, die so frühzeitig wie nur möglich eingeleitet werden soll, hat zunächst die Ernährung zu berücksichtigen. Man soll eine Nahrung wählen, die möglichst wenig unverdauliche Reste liefert, auch sollen die Kinder möglichst knapp ernährt werden. Beim älteren Kinde geben wir eine gemischte Kost, am besten in Pureeform und man tut gut, der Milch etwas Malzsuppenextrakt hinzuzufügen. Der lästige Meteorismus läßt sich am besten durch das Darmrohr beseitigen, das über die stenotische Stelle hinaufgeführt werden muß und wenn notwendig, eventuell einige Tage lang in Form eines Dauerkatheters liegen gelassen wird. Schließlich werden Abführmittel verwandt und zwar natürlich solche, die im Dickdarm ihre Wirkung entfalten. Von diesen hat sich uns am besten das Istizin bewährt. Wir geben täglich 1—2 Tabletten. Nach eigenen Erfahrungen leistet das Istizin wesentlich besseres als die verschiedenen in der letzten Zeit vielfach empfohlenen Paraffinum liquidum-Präparate. Wenn auch bei dieser Therapie natürlich keine Dauerheilung zu erwarten ist, so gelingt es doch in vielen Fällen, einen erträglichen Zustand zu schaffen, und der immerhin recht gefährlichen Operation zu entgehen. Nur in den schwersten Fällen, bei völligem Versagen der inneren Therapie, und wenn die Kinder über die ersten Lebensjahre hinaus sind, soll der operative Eingriff erwogen werden.

Schließlich sei noch kurz erwähnt, daß Schmerzen bei der Stuhlentleerung infolge von Rhagaden auch eine Obstipation veranlassen können. Um die Schmerzen zu beseitigen gibt man am besten Kakaobutter-Zäpfchen, die 0,2 g Anaesthesin oder 0,01 Novocain enthalten. Sind die Einrisse stärker, so werden diese mit 2 proz. Argentum nitricum-Lösung betupft. Auch empfiehlt sich vorübergehend dafür zu sorgen, daß die Konsistenz der Stühle etwas dünner wird (Malzextrakt).

Blutungen aus dem Darm.

Diagnostisch bedeutsam ist die Beschaffenheit des Blutes und die des Stuhles zu berücksichtigen. Ferner ob es sich um eine akute oder chronische Störung handelt. Wenn Blutungen aus dem Darm zugleich mit durchfälligen Stühlen auftreten und auch reichlich schleimiger Eiter entleert wird, so ist in erster Linie an einen Infekt des Dickdarms zu denken. Meist wird es sich wohl um eine durch Dysenterie- oder Pseudodysenteriebazillen bedingte Erkrankung handeln. Dasselbe typische Bild kann auch bei Paratyphusinfektionen beobachtet werden. In seltenen Fällen findet man im Stuhle andere Mikroben, die mit Recht oder Unrecht als die Erreger angesehen werden, während auch immer wieder solche Fälle zur Beobachtung kommen, bei welchen auch die sorgfältigste und wiederholte bakteriologische Untersuchung keine pathogenen Keime in der Darmentleerung nachweisen kann. Da die Therapie der Dysenterie und der Dysenterieformen Erkrankungen beim älteren Kinde eine Analoge wie beim Erwachsenen ist, so brauchen wir auf diese hier nicht weiter einzugehen. Ebenso verhält es sich auch mit dem Typhus abdominalis. Auch beim typhuskranken Kinde kann es, allerdings viel seltener als beim Erwachsenen, zu einer Darmblutung kommen. Im ganzen und großen verläuft der Typhus beim Kinde leichter, als dies beim Erwachsenen der Fall ist.

Plötzliches Auftreten einer Darmblutung aus voller Gesundheit bei normalem oder fast normalem Stuhlgang mit Erbrechen und schwerer Störung des Allgemeinbefindens, soll stets den Verdacht auf eine Invagination lenken. Sie kommt am häufigsten beim Säugling vor, doch kann sie, wenn auch wesentlich seltener, auch im späteren Lebensalter beobachtet werden. Ist der Invaginationstumor bei der abdominalen oder rektalen Palpation zu tasten (am häufigsten links, ileocöcale Form), dann darf nicht gezögert werden und so früh, wie nur möglich, ist das Kind dem Chirurgen zu übergeben. Auf keinen Fall sollte man mit Versuchen das Invaginat unblutig zu lösen, die Zeit verlieren.

Differentialdiagnostische Schwierigkeiten kann unter Umständen die Abgrenzung gegen die Purpura abdominalis machen. Unter Er-

brechen und heftigen Leibschmerzen kommt es bei der Purpura zur Darmblutung. Auch hier ist das Allgemeinbefinden oft erheblich gestört. Wenn die Darmblutung, wie dies nicht selten vorkommt, den Hautblutungen und Gelenkschmerzen vorangeht, so ist natürlich die Abgrenzung der Invagination gegenüber erschwert. Erschwert kann die Abgrenzung ferner dadurch sein, daß subseröse oder submuköse Blutungen eine invaginationstumorähnliche Geschwulst vortäuschen können. Und schließlich dadurch, daß nach Kleinschmidt in ca. 50 Proz. der Fälle die Purpura abdominalis von einer Invagination gefolgt ist. Sind im Urin Erscheinungen einer hämorrhagischen Nephritis vorhanden, die bei der Purpura abdominalis recht häufig vorkommt, so spricht dies mehr für Purpura und gegen Invagination. Ebenso spricht eine Thrombozytose für Purpura, während eine normale Plättchenzahl nicht dagegen zu sprechen braucht.

Bei geringfügigen lange Zeit anhaltenden Blutungen aus dem Darm bei Kindern, die sich sonst wohl fühlen, soll an die Möglichkeit eines Polypus recti zunächst gedacht werden. In der Regel kommen die Angehörigen mit der recht charakteristischen Angabe, daß sie fast Tag für Tag an der Wäsche des Kindes einige Blutstropfen beobachten. Die Diagnose entscheidet die Rektaluntersuchung. Liegt ein Polyp vor, so ist mit Leichtigkeit eine bewegliche gestielte, in der Regel die Größe einer Haselnuß nicht überschreitende Geschwulst, zu tasten. Wird der Polyp entfernt, so hört die Blutung sofort auf. Meist wird die chirurgische Entfernung nach vorangehender Unterbindung des Stieles empfohlen. Ebensogut und mit demselben Erfolg kann der Polyp mit dem palpierenden Finger einfach abgerissen werden. Die Prognose ist stets eine gute. Nur ganz ausnahmsweise kommt es vor, daß nicht ein Polyp sondern solche in großer Zahl im Dickdarm vorliegen. Man spricht dann von einer Polyposis intestinalis. Diese ist eine schwere Erkrankung, die mit Durchfällen, Blutungen aus dem Darm, einhergeht, und zu Anämie, Kachexie und allgemeiner Wassersucht führen kann. Im ganzen und großen stehen wir dieser Erkrankung machtlos gegenüber.

Schließlich soll bei geringfügigen Blutungen ähnlicher Art wie beim Polypus recti auch auf Hämorrhoiden untersucht werden. Sie können der Beobachtung leicht entgehen, weil sie oft keine Beschwerden machen. Nur relativ selten handelt es sich hier um Varizen, viel häufiger haben wir es mit Angiomen zu tun. Bestehen Schmerzen, so treten diese bei der Stuhlentleerung auf. Ist bei der Inspektion nichts Abnormes festzustellen, dann muß die Digitaluntersuchung vorgenommen werden. Die inneren Angiome sind nur durch die Palpation feststellbar. Therapeutisch verwenden wir Anusolzäpfchen und wenn Blutungen bestehen, die Chlorkalzium, Perubalsam und Adrenalin enthaltenden Noridalsuppositorien.

Aus der Breslauer Chirurgischen Klinik (Direktor: Geheimrat Küttner).

3. Tuberkulöser Gelenkrheumatismus [1].

Von

Prof. **Eduard Melchior,** Oberarzt der Klinik.

Als tuberkulöser Gelenkrheumatismus wird eine Erkrankung bezeichnet, welche in mehr akuter Weise mit multipler Lokalisation auftretend rein äußerlich eine oft weitgehende Ähnlichkeit mit der klassischen Polyarthritis rheumatica gewinnt aber dadurch, daß ätiologisch die Tuberkulose bei ihr im Spiele ist, prinzipiell einer ganz andersartigen Beurteilung unterliegt. Eine solche atypische Erscheinungsform der Tuberkulose hat bis noch vor wenigen Jahrzehnten als etwas ganz Unwahrscheinliches gegolten, so daß eine dahingehende Auffassung von mancher Seite häufig von vornherein abgelehnt wurde, obschon unter den Autoren, welche derartige Beobachtungen mitgeteilt haben, sich Namen von bestem Klange befinden und kein Geringerer als Kußmaul [2]) unter ihnen zu nennen ist. Aus diesem Dornröschenschlafe wurde in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts diese Erkrankung durch den Lyoner Chirurgen Poncet geweckt, der aber gleichzeitig dem gewiß auf legitime Weise neu belebten Begriff dieser Erkrankung sogleich wieder auch den Todesstoß versetzte. Denn allzu weitgehende Verallgemeinerung einiger weniger gesicherter Beobachtungen führte diesen Autor dazu nun geradezu überall Tuberkulose zu erblicken. Allein schon der Umstand, daß ein Individuum zu irgendeiner Zeit einmal einen tuberkulösen Prozeß durchgemacht hatte, oder selbst auch nur der Verdacht eines solchen Geschehens, das Vorkommen tuberkulöser Antezedentien in der Familie genügte ihm schließlich, um bei jeder Gelenkerkrankung ohne weiteres das Verdikt der Tuberkulose auszusprechen, wobei Versagen des Tierversuches und selbst ein negatives Verhalten in histologischer Hinsicht nicht als Gegenbeweis anerkannt wurde. Später dehnte Poncet diese omnituberkulöse Betrachtungsweise auch noch auf alle möglichen heterogensten anderweitigen Erkrankungen aus; der Plattfuß, das Genu valgum, die Dupuytrensche Kontraktur der Palmaraponeurose, das Fibroadenom der Mamma und selbst das banale Lipom wurden für seine Anschauung zum exquisiten Vertreter einer rein konstruktiven Sonderform der Tuberkulose. Eine solche überwertige Auffassung, die selbst von den Anhängern jenes Autors nicht mehr ganz ernst genommen werden konnte, hat daher begreiflicherweise dazu geführt, den ganzen Begriff des tuberkulösen Gelenkrheumatismus gründlichst zu diskreditieren. Nachdem aber nun über die durch Poncet angeregten Debatten der Gang der

[1]) Nach einem Vortrag im ärztlichen Rundfunk am 20. IV. 28.

[2]) Ältere Literatur bei Melchior. Zbl. Grenzgeb. Med. u. Chir. 1909 Bd. XII.

medizinischen Geschichte längst hinweggeschritten ist, die streitenden Geister sich beruhigt haben, ist jetzt wohl wieder der Zeitpunkt gekommen, um dieses Problem von neuem unvoreingenommen zu betrachten.

Wie schon eingangs betont, ist die Zahl tatsächlich erwiesener Fälle von tuberkulösem Gelenkrheumatismus bisher nur eine geringe; ich selbst hatte Gelegenheit im Jahre 1910 über eine autoptisch klargestellte Beobachtung zu berichten[3]).

Diese betrifft ein 19jähr. Mädchen, das bereits als Kind eine spezifische mit Eiterung einhergehende Drüsenerkrankung am Halse durchgemacht hatte und sich in späterer Zeit eine ausgedehnte Tuberkulose des Unterkiefers zuzog, die zur totalen Exartikulation dieses Skeletteils nötigte. Wenige Wochen nach der Operation kam es unter Fiebersteigerung zur schmerzhaften Schwellung multipler Gelenke, auf Salicyl keine Besserung. Nach protrahiertem Verlauf blieb schließlich nur noch eine Kapselverdickung und Kontraktur seitens eines Kniegelenks nachweisbar. Unter zunehmendem Verfall trat $1/2$ Jahr p. op. der Tod an progredienter Phthise und viszeraler Amyloidose ein, die Autopsie ergab überdies in sämtlichen beteiligten Gelenken eine diffuse Synovialtuberkulose mit besonderem Hervortreten eines fibrinösen Exsudates.

Die Zahl der später hinzugekommenen Fälle ist ebenfalls nur spärlich[4]). Stets handelt es sich in solchen Beobachtungen darum, daß akute oder mehr subakute multiple Gelenkergüsse, die nach hergebrachter Anschauung alles eher als spezifisch aufzufassen waren, sich bei weiterer Beobachtung, d. h. durch ihre klinische Entwicklung, auf Grund des Tierversuches, der Probeexzision oder gar der Autopsie als einwandfrei tuberkulös erwiesen.

Dieses Ergebnis steht also in entschiedenem Gegensatz zu der Vorstellung Poncets, der nur mit der Gegenwart uncharakteristischer rein entzündlicher Veränderungen rechnete, bei deren Zustandekommen nicht die Kochschen Bazillen selbst, sondern nur eine hämatogen vermittelte hypothetische Toxinwirkung mitspielen sollte. Die Sonderheit dieser Form der Tuberkulose liegt somit — wie ausdrücklich hervorzuheben ist — nicht etwa in ihrem pathologisch-anatomischen, sondern im wesentlichen nur in ihrem klinischen Verhalten begründet[5]). Die Überraschung über ein solches atypisches Verhalten der Tuberkulose wird geringer, wenn man berücksichtigt, daß auch der Verlauf sonstiger tuberkulöser Prozesse ja oft wesentlich vielgestaltiger ist, als noch vielfach angenommen wird. Erinnert sei in dieser Hinsicht an die mitunter ganz akut verlaufende tuberkulöse Meningitis, an Formen exsudativer peritonealer Tuberkulose, die infolge ihres plötzlichen Einsetzens eher an eine eitrige Bauchfellentzündung denken lassen könnten, ebenso an das gelegentliche Verhalten der Nebenhodentuberkulose im Kindesalter, die durchaus unter dem Bilde der gonorrhoischen Infektion aufzutreten vermag, sowie schließlich an das Vorkommen schwerer destruktiver mit Periostitis einhergehender spezifischer Gelenkeiterungen, die selbst dem Fachmann die Unterscheidung gegenüber einer banalen eitrigen Gelenkinfektion nicht immer leicht machen[6]). Einen gewissen Schlüssel für dieses so unterschiedliche Verhalten der Tuberkulose im Einzelfalle ergibt die individuelle so ungemein wechselnde, vor allem von Ranke studierte allergische Reaktion des Patienten[7]), von der es abhängt, ob in einem Falle der tuberkulöse Herd innerhalb eines weitgehend immunisierten Organismus sich als mehr gutartiger Lokalprozeß verhält, oder ob bei empfänglichen hochgradig sensibilisierten Individuen der örtliche Infekt in geradezu explosiver Weise eine stürmische Allgemeinreaktion nach sich zieht. Dem klinischen Verständnis wird der tuberkulöse Gelenkrheumatismus weiterhin nahegerückt durch einen von Franz König gemachten Vergleich, der ihn auffaßte als eine gewissermaßen umschriebene, d. h. auf bestimmte Gewebsbezirke beschränkte, Miliartuberkulose, die je nach dem sonstigen individuellen Verhalten des davon Betroffenen sowohl weitere Generalisierung nach sich ziehen kann, als auch einer völligen Ausheilung fähig ist. Für manche Formen des tuberkulösen Gelenkrheumatismus wird sogar der Vergleich mit den gutartigeren und oft flüchtigen Tuberkuliden der Haut nahe gerückt; um so mehr, als wiederholt eine derartige Koinzidenz tatsächlich beobachtet worden ist. In einem neuerdings mitgeteilten Falle von Magnusson ging die Gelenkerkrankung gleichzeitig mit einem Erythema nodosum einher. Auch auf das Zusammentreffen mit sonstigen Formen der Hauttuberkulose ist bei diesen Gelenkerkrankungen auffällig häufig hingewiesen worden.

Zur Miliartuberkulose ergeben sich andererseits interessante Beziehungen dadurch, daß ebenso wie es bei der Genese dieser generalisierten Form der Tuberkulose nach alter Erfahrung nicht ganz selten wiederkehrt, so auch in nicht wenigen Fällen von tuberkulösem Gelenkrheumatismus der Ausbruch der Erkrankung sich an einen operativen Eingriff anschloß. Lexer, Melchior (vgl. oben), Raw u. a. haben derartige Beobachtungen mitgeteilt.

Betont sei schließlich noch besonders, daß sämtliche gesicherte Beobachtungen sich ausnahmslos auf solche Fälle beziehen, die wenigstens zeitweise eine akute oder subakute Phase aufwiesen. Dagegen ist bei rein chronisch einsetzenden Formen des Gelenkrheumatismus, insbesondere solchen, die unter dem Bilde der deformierenden Arthritis

[3]) Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir. 1910 Bd. 22 S. 346.
[4]) Magnusson, Hosp.tid. (dän.) 1923 Bd. 66 S. 409. — Valentin, Zschr. Tbk. 1922 Bd. 36 S. 366. — Michels, ibid. 1921 Bd. 33 S. 279. — Raw, Lancet 1913 1 S. 19.
[5]) Vgl. hierzu die Besprechung von Huebschmann in Zbl. Path. 1911 Bd. 22 S. 372.
[6]) Vgl. hierzu Melchior, Berl. klin. Wschr. 1921 Nr. 24.
[7]) Bezüglich der chirurgischen Tuberkulose sei hierzu verwiesen auf Melchior, diese Zschr. 1923 Nr. 13.

verlaufen und die von Poncet ebenfalls zu einem großen Teil ätiologisch auf Tuberkulose zurückgeführt werden, bisher niemals dieser Beweis erbracht worden. —

Die Beurteilung des speziellen Falles ist meist nicht ganz leicht. Einen gewissen Verdacht muß es natürlich erwecken, wenn es sich um ein sonst bereits manifest tuberkulös erkranktes bzw. familiär erheblich belastetes Individuum handelt. Ein noch deutlicherer Hinweis würde sich daraus ergeben, wenn gleichzeitig mit den Gelenkerscheinungen eine zweifellos tuberkulöse Pleuritis auftreten sollte, wie das gelegentlich beobachtet worden ist. Darüber hinaus erscheint besonders das refraktäre Verhalten der erkrankten Gelenke gegen die übliche Behandlung der Polyarthritis rheumatica geeignet den Verdacht zu erwecken, daß etwas Besonderes vorliegt. Für den weiteren Verlauf gilt das gleiche, wenn zwar in einzelnen Gelenken der Prozeß abklingt, in anderen dagegen ein chronischer Erguß oder eine mit Kapselverdickung einhergehende Kontraktur zurückbleibt, wie das sonst im Anschluß an den gewöhnlichen Gelenkrheumatismus, zumal bei jugendlichen Individuen, durchaus ungewöhnlich ist. Unter den speziellen diagnostischen Hilfsmitteln ist hier an erster Stelle der Tierversuch mit dem Gelenkexsudat zu nennen, der allerdings nur bei positivem Ergebnis volle Verwertung zuläßt. Das Auftreten einer Herdreaktion auf Tuberkulin würde im Zweifelsfalle die Diagnose stützen können, doch hat man sich davor zu hüten, eine solche Lokalreaktion zu verwechseln mit dem Auftreten multipler entzündlicher Gelenkschwellungen, wie es bei hochgradigst tuberkulinempfindlichen Individuen gelegentlich als Teilerscheinung einer stürmischen Allgemeinreaktion beobachtet wird. Im akuten Stadium würde andererseits der Befund eines vorzugsweise oder ausschließlich lymphozytären Ergusses geeignet sein, den Verdacht auf Tuberkulose zu erwecken, da in dieser Phase bei der Polyarthritis rheumatica die polynukleären Leukozyten überwiegen. Lues, deren Gelenkexsudate ebenfalls vorwiegend lymphatischer Art sind, müßte natürlich auszuschließen sein. Vom Röntgenverfahren ist im allgemeinen kein Aufschluß zu erwarten, da diese Prozesse rein als Synovitis zu verlaufen pflegen, also den Knorpel und Knochen nicht direkt in Mitleidenschaft ziehen, was freilich die gelegentliche nachträgliche Entwicklung eines typischen Fungus nicht ausschließt. Angesichts dieser diagnostischen Schwierigkeiten sowie insbesondere der praktischen Bedeutung, welche der frühzeitigen Erkennung der wirklichen Natur dieses Leidens zukommt, verdient daher in sonst ausreichend suspekten Fällen die schon vor vielen Jahren gelegentlich vorgeschlagene Probeexzision aus der Synovialis[8]) häufiger angewendet zu werden, als es bisher geschah. Unter heutigen Verhältnissen ist ein solcher Eingriff bei leicht zugänglichen Gelenken — wie insbesondere dem Knie- und Ellenbogen — leicht und gefahrlos durchzuführen, dieses Verfahren ist daher auch auf dem Chirurgenkongreß 1927 wiederum von Payr nachdrücklich empfohlen worden. An Stelle bloßer Vermutungen dürfte es auf diese Weise wohl meist gelingen, volle Sicherheit zu gewinnen, was natürlich für die weiteren Maßnahmen von größter Wichtigkeit ist.

Therapeutisch wird es sich bei gestellter Diagnose hauptsächlich darum handeln, nach bekannten und hier nicht näher zu erörternden Grundsätzen eine Allgemeintherapie durchzuführen, wozu das Hochgebirge die günstigsten Vorbedingungen liefert, obschon auch an der See und im Flachlande gute Erfolge erzielt werden können. Als lokale Maßnahme sei vor allem die Röntgenbestrahlung der erkrankten Gelenke genannt. —

Wie ich am Schlusse dieser naturgemäß nur fragmentarischen Ausführungen nochmals eindringlichst betonen möchte, so darf die Kenntnis des tuberkulösen Gelenkrheumatismus — also des Vorkommens tuberkulöser Gelenkprozesse unter dem Bilde einer banalen Polyarthritis rheumatica — keinesfalls dazu führen, mit dieser Erkrankung als einem häufigen Ereignis zu rechnen. Eine solche Anschauung würde vielmehr zu zahlreichen Fehlgriffen Anlaß geben. Doch wird es andererseits gut sein, wenn der Arzt angesichts atypisch verlaufender Fälle von Gelenkrheumatismus zumal bei jugendlichen, tuberkulös suspekten Individuen, auch an diese Möglichkeit rechtzeitig denkt.

[8]) Vgl. Melchior, Ther. Gegenw. Aprilheft 1909.

Zusammenfassende Aufsätze über den heutigen Stand der Medizin.

1. Über Kopfschmerzen nasalen Ursprungs.

Von

Prof. Dr. **G. Finder** in Berlin.

Kopfschmerzen sind wohl eine der häufigsten Krankheitserscheinungen, wegen deren ärztlicher Rat in Anspruch genommen wird. Wie schwierig es unter Umständen sein kann zu entscheiden, welche Ursache in einem gegebenen Fall den Kopfschmerzen zugrunde liegt, wird verständlich, wenn man sich vergegenwärtigt, wie zahlreiche und verschiedenartige Möglichkeiten dabei in Betracht kommen. Jede Art von raumbeengendem Prozeß, jede Form von Zirkulationsstörung in der Schädelhöhle, eine große Anzahl von konstitutionellen Erkrankungen, chronische Intoxikationen,

z. B. mit Alkohol oder Nikotin, Autointoxikationen, wie bei Urämie, Diabetes, chronischer Obstipation, Erkrankungen der Ohren, der Tonsillen, der Zähne, Anomalien von seiten des Refraktionsapparates des Auges — sie alle können mit Kopfschmerzen einhergehen. Nehmen wir noch dazu die rheumatischen, neurasthenischen, hemikraniellen Kopfschmerzen, sowie die Kopfschmerzen bei Myalgien der Nackenmuskulatur, so haben wir mit dieser Aufzählung durchaus noch nicht alle Möglichkeiten erschöpft, an die der Arzt denken muß, wenn es sich um die Frage nach der Entstehung von Kopfschmerzen handelt.

Von den dem Schädel benachbarten Hohlräumen ist es am häufigsten die Nase mit ihren Nebenhöhlen, die als Ausgangspunkt von Kopfschmerzen in Betracht kommt.

Daß schon die akute Entzündung der Nasenschleimhaut, vulgo „Schnupfen" genannt, mit Schmerzen oder doch mit einem Gefühl von Druck oder Eingenommensein im Kopfe einherzugehen pflegt, ist eine jedem Laien vertraute Tatsache. Diese Kopfschmerzen sind wohl am einfachsten so zu erklären, daß die Gefäßstauung in der geschwollenen Nasenschleimhaut sich auf dem Wege über die zahlreich vorhandenen Venen auf die Gefäße des Schädelinnern fortsetzt. Dauert ein Schnupfen über die gewöhnliche Zeit an, bleiben bei anhaltender eitriger Sekretion — besonders wenn diese einseitig ist — die Kopfschmerzen bestehen oder nehmen sie an Heftigkeit zu, so weiß heute wohl jeder Arzt, daß dies Zeichen sind, die auf eine Mitbeteiligung der Nebenhöhlen hinweisen und eine darauf gerichtete Untersuchung ihm zur Pflicht machen.

Daß Kopfschmerzen das häufigste und quälendste Symptom einer akuten Nebenhöhlenentzündung bilden, ist eine bekannte Tatsache; irrtümlich ist die weitverbreitete Vorstellung, man könne schon aus den Angaben über den Sitz des Schmerzes darauf schließen, welche Nebenhöhle erkrankt sei. Auch in den Lehrbüchern findet man es oft als Regel aufgestellt, daß Schmerzen in der Stirngegend und der Schläfe auf Erkrankung der Stirnhöhle oder des vorderen Siebbeins, Schmerzen im Hinterkopf auf Erkrankung des hinteren Siebbeins und der Keilbeinhöhle hinweisen, während dagegen bei Erkrankungen der Kieferhöhle über Schmerzen in der Wangengegend geklagt werde, die häufig nach den Zähnen ausstrahlen. Diese Regel hat so viele Ausnahmen, daß ihre Gültigkeit stark dadurch beeinträchtigt wird. Eine Abweichung von ihr kommt besonders häufig bei den Kieferhöhlenerkrankungen vor: bei ihnen werden die Schmerzen viel häufiger in die Stirn- und Schläfengegend lokalisiert als in die Wange. In vielen Fällen, in denen sich der Arzt berechtigt glaubte, bei einer Nebenhöhlenerkrankung allein auf Grund der vorhandenen Stirnkopfschmerzen die Diagnose auf eine Stirnhöhleneiterung zu stellen, sieht sich der Facharzt nach erfolgter Untersuchung genötigt, diese Diagnose dahin zu berichtigen, daß es sich um eine Kieferhöhleneiterung ohne jede Beteiligung der Stirnhöhle handelt.

Auch aus dem Charakter und der Intensität der Kopfschmerzen lassen sich keine sicheren Schlüsse auf den Sitz und den Umfang der Nebenhöhlenerkrankung ziehen. Den akuten Nebenhöhlenentzündungen ist eigentümlich, daß sie oft einen ausgesprochen neuralgiformen Charakter annehmen können. Sie treten dann in Form von — oft äußerst heftigen — Schmerzanfällen auf, die häufig einen quotidianen Typus zeigen. Besonders beim akuten Stirnhöhlenempyem begegnet man oft der Angabe, daß die Schmerzen am heftigsten des Morgens nach dem Aufstehen seien, um im Laufe des Tages allmählich nachzulassen und gegen Abend ganz zu verschwinden. Eine Erklärung für diese Erscheinung, die recht einleuchtend scheint, ist folgende: Während der Nacht beim Liegen verteilt sich der Eiter über die ganze Fläche der Stirnhöhle, des Morgens aber nach dem Aufstehen bei aufrechter Körperhaltung drängt er gegen den Ausführungsgang, der den tiefsten Punkt der Höhle bildet; hat sich nun in den Morgenstunden der Eiter seinen Weg durch den von Natur bisweilen sehr engen und durch die entzündliche Schleimhautschwellung noch mehr verengten Ductus naso-frontalis zur Haupthöhle der Nase gebahnt, so tritt eine Entlastung und damit ein Nachlassen der Schmerzen ein. Diese tägliche Periodizität der Schmerzen braucht übrigens nicht in allen Fällen von Stirnhöhleneiterung vorhanden zu sein.

Gemeinsam ist den Schmerzen bei jeder Art von Nebenhöhlenentzündung, daß sie bei allen körperlichen und geistigen Anstrengungen, bei jeder psychischen Erregung, bei jeder Form von Exzessen, selbst schon nach Genuß geringer Mengen von Alkohol, starkem Kaffee oder Tee, zunehmen, ferner daß sie bei demselben Individuum im Verlaufe derselben Nebenhöhlenerkrankung in durchaus konstanter Weise, d. h. an der gleichen Stelle, in gleicher Form und meist auch zu der gleichen Tagesstunde aufzutreten pflegen.

Außer den spontanen Schmerzen, über welche die Patienten klagen, sind bei den akuten Empyemen meist auch durch Beklopfen und Betasten der äußeren Höhlenwandung Schmerzen auszulösen. Diese Druckschmerzhaftigkeit der Wandungen, die vielleicht zurückzuführen ist auf eine Mitbeteiligung des Periosts, ist besonders deutlich nachweisbar bei den Entzündungen der Stirnhöhle, deren vordere und untere Wand ja ganz oberflächlich direkt unter der Haut gelegen sind. Übt man mit dem Finger einen Druck gegen den Stirnhöhlenboden im inneren oberen Augenwinkel oder beklopft man die Vorderwand dicht über den Augenbrauen, so werden, besonders an der ersten Stelle, starke Schmerzen empfunden. Diese Druckschmerzhaftigkeit des Stirnhöhlenbodens bildet eines der wichtigsten differentialdiagnostischen Merkmale gegenüber der Supra-

orbitalneuralgie. Die Schmerzanfälle bei dieser und die neuralgiformen Schmerzen beim akuten Stirnhöhlenempyem gleichen einander völlig und wenn, wie dies bisweilen vorkommt, objektive Anzeichen einer Stirnhöhlenentzündung nicht ohne weiteres nachweisbar sind, so können zunächst Zweifel obwalten, ob es sich — nur den Schmerzen nach zu urteilen — um eine solche oder um eine Supraorbitalneuralgie handelt. Während nun bei der Stirnhöhlenerkrankung die Stelle der größten Schmerzhaftigkeit im innersten oberen Augenwinkel entsprechend dem Stirnhöhlenboden sich findet, ist der typische Druckpunkt bei der Supraorbitalneuralgie am Foramen supraorbitale an der Grenze zwischen inneren und mittleren Drittel des oberen Augenbrauenrandes. Bei der Kieferhöhlenerkrankung findet sich eine Druckschmerzhaftigkeit der Wandung sehr viel seltener; nur hin und wieder wird bei besonders stürmisch einsetzenden akuten Empyemen und bei solchen dentalen Ursprungs Druck gegen den Oberkiefer der betreffenden Seite als schmerzhaft empfunden.

Während die Kopfschmerzen bei den akuten Nebenhöhlenerkrankungen ein fast konstantes, meist im Vordergrund stehendes Symptom bilden, ist dies bei den chronischen Empyemen durchaus nicht der Fall. Es kann eine chronische Eiterung einer oder mehrerer Höhlen jahrelang bestehen, ohne daß überhaupt über Kopfschmerzen geklagt wird; in anderen Fällen geben die Patienten an, zwar nicht an ausgesprochenen Kopfschmerzen, aber an einem ständigen dumpfen Druck im Kopf, an Eingenommensein und Unfähigkeit zu geistiger Arbeit zu leiden, wofür vielleicht eine Resorption toxischer Produkte aus der infizierten Höhle mit verantwortlich zu machen ist. Stechende, bohrende, pulsierende Schmerzen, von oft neuralgiformem Charakter, wie wir sie bei den akuten Empyemen kennen gelernt haben, treten im Verlaufe einer chronischen Nebenhöhleneiterung meist nur dann auf, wenn, z. B. im Anschluß an einen akuten Schnupfen, eine Exazerbation der Nebenhöhlenerkrankung eintritt. Dies läßt sich folgendermaßen erklären: Ein wesentliches Moment für das Zustandekommen der Kopfschmerzen bei Nebenhöhlenerkrankung müssen wir darin erblicken, daß infolge der Schwellung der Höhlenschleimhaut das Ostium der Höhle verlegt wird und der retinierte Eiter einen Druck auf die sensiblen Nervenendigungen ausübt, die möglicherweise auch in den Entzündungsprozeß mit einbezogen sind. Schwillt nun mit Nachlassen des akuten Stadiums die Schleimhaut wieder ab, wird das Ostium damit wieder durchgängiger und bekommt der Eiter besseren Abfluß, so fällt jenes Moment fort und so sehen wir, daß bei chronischen Empyemen mit reichlicher Eiterung die Kopfschmerzen oft ganz fehlen oder doch sehr in den Hintergrund treten können und sich erst dann wieder einstellen resp. einen heftigeren Charakter annehmen, wenn infolge einer akuten Exazerbation erneut stärkere Schwellung der Schleimhaut und Verlegung des Ostium eintritt. Aus dem Gesagten ergibt sich, daß es falsch wäre, wenn der Arzt allein aus dem Nichtvorhandensein von Kopfschmerzen folgern wolle, es könne eine chronische Nebenhöhlenerkrankung nicht vorhanden sein und wenn er auf Grund dieser Annahme glauben würde, eine darauf gerichtete Untersuchung unterlassen zu dürfen. Wie eine solche Untersuchung vor sich zu gehen hat und welche diagnostischen Hilfsmittel uns dabei zu Gebote stehen, das muß natürlich hier unerörtert bleiben, da es über den Rahmen unseres Themas hinausgehen würde; nur soviel sei gesagt, daß die Feststellung einer chronischen Nebenhöhlenerkrankung unter Umständen sehr schwierig sein kann und daß sie auch dem erfahrenen Facharzt oft erst nach mehrfacher eingehender Untersuchung gelingt. Besonders trifft dies zu für manche Fälle von Erkrankung der hinteren Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle; es sei hier hingewiesen auf jene bisweilen mit den heftigsten Kopfschmerzen einhergehenden Fälle von Neuritis retrobulbaris, die Rhinologen und Ophthalmologen Anlaß gegeben haben zu den lebhaftesten Erörterungen darüber, ob die Sehnervenerkrankung mit einem — oft ganz minimalen, kaum feststellbaren — Befund an den hinteren Nebenhöhlen in ursächlichem Zusammenhang stehe oder nicht.

Auch nichtentzündliche Vorgänge in den Nebenhöhlen können Kopfschmerzen verursachen. Hier verdient der sogenannte „Vakuumkopfschmerz“ Erwähnung, obwohl er sicher kein allzu häufiges Vorkommnis darstellt: wenn der Ausführungsgang der Stirnhöhle, der infolge anatomischer Besonderheiten des mittleren Nasenganges an sich schon sehr eng sein kann, in seinem unteren Teil verschlossen wird, z. B. durch eine Deviation oder Leiste der Nasenscheidewand, die gegen die mittlere Muschel drückt, oder durch eine Hyperplasie der letzteren, so kann die Folge sein, daß der Sauerstoff der in der Höhle eingeschlossenen Luft resorbiert wird und ein partielles Vakuum entsteht mit konsekutiver Kongestion der Höhlenschleimhaut. Die Patienten klagen dann über einen kontinuierlichen dumpfen Kopfschmerz, der aber fast nie die Heftigkeit erreicht, wie bei der entzündlichen Stirnhöhlenerkrankung und der — was für diesen „Vakuumstirnkopfschmerz“ charakteristisch ist — stärker wird beim Gebrauch der Augen für Naharbeit, wie Lesen, Nähen usw. Die dünnste und daher empfindlichste Stelle des Stirnhöhlenbodens befindet sich im inneren oberen Augenwinkel da, wo die Trochlea befestigt, über welche die Sehne des M. superior obliquus läuft; dieser Muskel tritt in Funktion, wenn — wie es bei jeder Naharbeit geschieht — der Augapfel nach unten und innen gedreht wird und der bei dieser Augenbewegung am Stirnhöhlenboden ausgeübte minimale Zug genügt schon, die Kopfschmerzen zu steigern. Wenn diese asthenopischen Beschwerden, die

übrigens durch Gläser nicht gebessert werden können, vorhanden sind, dabei eine Druckschmerzhaftigkeit im inneren oberen Augenwinkel besteht und alle Zeichen, die für eine entzündliche Stirnhöhlenerkrankung sprechen könnten, fehlen, so ist immer daran zu denken, daß es sich um einen Fall von „Vakuumkopfschmerz“ handeln kann.

Nun können aber, auch wenn auf Grund sorgfältigster Untersuchung jede Art von Nebenhöhlenaffektion entzündlicher oder nichtentzündlicher Natur mit Sicherheit auszuschließen ist, noch andere nasale Ursachen für das Zustandekommen von Kopfschmerzen in Frage kommen. · Wir hatten schon eingangs erwähnt, daß beim akuten Schnupfen oft über Kopfschmerzen geklagt wird. Dies ist besonders dann der Fall, wenn die Nase schon an sich eng ist und infolgedessen durch eine entzündliche Schwellung der Nasenschleimhaut ein stärkerer Druck ausgeübt wird. Ebenso können alle anderen raumbeengenden Momente in der Nase Kopfschmerzen führen, wie Tumoren, Muschelhyperplasien, Septumdeviationen usw. Für diese Fälle kann die Erklärung Geltung haben daß die Stauung in den Venen der Nasenschleimhaut sich auf die Venen der Hirnhaut fortsetzt. Nun gibt es aber Fälle, wo keine wesentliche Raumbeengung vorhanden ist, wo die gegenüberliegenden Nasenwände nicht in breiter Fläche aneinanderliegen, sondern nur an einer ganz umschriebenen Stelle miteinander in Kontakt sind, indem z. B. ein spitzer Dorn am Septum die gegenüberliegende Muschel berührt und wo durch Beseitigung eines solchen „Kontaktpunktes“ bestehende Kopfschmerzen zum Verschwinden gebracht werden. Für die Feststellung, ob die Kopfschmerzen wirklich von einem solchen Punkt aus ausgelöste werden, hat eine gewisse Bedeutung die Kokainprobe: Appliziert man während des Schmerzanfalles Kokain auf die Stelle, die man im Verdacht hat, den Ausgangspunkt der Schmerzen zu bilden, so gewinnt dieser Verdacht an Wahrscheinlichkeit, wenn bei Eintreten der Kokainwirkung die Schmerzen aufhören, um mit dem Nachlassen dieser Wirkung wieder zu erscheinen. Diese Probe ist aber nur mit einer gewissen Vorsicht zu verwerten, vor allem ist bei ihrem positiven Ausfall die leichte Suggestibilität der gerade hier in Betracht kommenden Patienten mit in Rechnung zu setzen. Die hier gekennzeichneten Fälle sind es, die man geglaubt hat, durch die Annahme eines Reflexsvorgangs erklären zu können. Es soll das Vorkommen reflektorisch von der Nasenschleimhaut aus ausgelöster Störungen und das Vorhandensein reflektogener Zonen in der Nase nicht geleugnet und es soll zugegeben werden, daß, wie es — wenn auch seltene — Fälle von nasalem Asthma und nasaler Dysmenorrhoe gibt, so auch gelegentlich einmal Kopfschmerz reflektorisch von der Nasenschleimhaut aus entstehen kann. Die Bedeutung jedoch, die man bis vor nicht allzu langer Zeit den nasalen Reflexneurosen beigemessen hat, war entschieden stark übertrieben und die praktischen Konsequenzen, zu denen diese Überschätzung für die Therapie führte, haben sich als recht unheilvoll erwiesen. Was jene vorhin skizzierten Fälle anbetrifft, in denen die Beseitigung eines Kontaktpunktes Kopfschmerzen zum Verschwinden bringt, so lassen sie sich auch ohne Annahme eines Reflexvorgangs erklären, wenn man sich nämlich vorstellt, daß durch den Druck, den — um bei dem gewählten Beispiel zu bleiben — der Vorsprung am Septum auf die gegenüberliegende Schleimhaut ausübt, die in dieser gelegenen sensiblen Nervenendigungen gereizt werden und nun eine Irradation der Schmerzempfindung in die Verzweigungen des ersten Trigeminusastes stattfindet. Unerklärt bleibt freilich immer die Tatsache, daß in tausenden von Fällen Kontaktpunkte zwischen den beiden Schleimhautflächen vorhanden sind, ohne jemals Kopfschmerzen zu verursachen.

Unter den selteneren nasalen Ursachen von Kopfschmerzen ist auch die Neuralgie des N. ethmoidalis ant. zu erwähnen. Dieser Nervenzweig, der die ganze vordere Partie des Naseninnern mit sensiblen Fasern versorgt, ist sehr oberflächlich unter der Nasenschleimhaut gelegen und kann bei allen sich in dieser abspielenden entzündlichen Vorgängen in Mitleidenschaft gezogen werden. Die Schmerzen bei der Neuralgie des N. ethmoidalis ant. werden gewöhnlich in die Gegend der Nasenbeine und zwischen die Augenbrauen lokalisiert.

In den letzten Jahren ist, besonders von amerikanischer Seite (Sluder) eine große Rolle beim Zustandekommen der verschiedenartigsten vasomotorischen, sekretorischen und neuralgischen Erscheinungen dem Ganglion spheno-palatinum seu nasale zugeteilt worden und auch ein besonderer Typus von Kopfschmerzen wird als zum Symptomenkomplex des Ganglion nasale gehörig beschrieben. Dieses Ganglion, das in der Fossa pterygo-palatina gelegen ist, steht in nahen topographischen Beziehungen zu den hinteren Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle. Entzündungen, die sich an diesen Nebenhöhlen abspielen und die durchaus nicht immer mit Eiterbildung einherzugehen brauchen, sondern sich auch allein in einer entzündlichen Gewebshyperplasie kundtun können, greifen gelegentlich auf das Ganglion über. Der durch Affektion des Ganglion hervorgerufene Schmerz wird im Auge und dessen Umgebung, dem Oberkiefer und den Zähnen empfunden, strahlt nach der Schläfe und dem Warzenfortsatz, bisweilen zum Nacken, der Schulter und bis in die Fingerspitzen aus. Den Beweis, daß das Ganglion wirklich der Ausgangspunkt dieser Schmerzen ist, wollen die amerikanischen Autoren dadurch gegeben sehen, daß durch eine Kokaineinspritzung in das Ganglion die Schmerzen zum Verschwinden gebracht werden. Die Lehre von der Symptomatologie des Ganglion nasale kann sich auf zahlreiche anatomische und physiologische Untersuchungen berufen und stützt sich auf eine

große Zahl von Krankengeschichten. Und doch wird man gut tun, ihr zunächst mit einer gewissen Reserve zu begegnen, um so mehr als auch hier wieder eine Neigung sich geltend macht, über das Ziel hinauszuschießen. Wir haben hier dieselbe Erscheinung, wie bei der Lehre von den nasalen Reflexneurosen, mit der die Lehre von der Symptomatologie des Ganglion nasale nicht nur in dieser Beziehung gewisse Ähnlichkeiten aufweist.

Wir haben gesehen, daß es eine ganze Reihe von Möglichkeiten für eine nasale Entstehung von Kopfschmerzen gibt. Die Aufzählung dieser verschiedenen Möglichkeiten soll erneut die Aufmerksamkeit auf diese Dinge hinlenken, an die leider oft viel zu wenig gedacht wird. Wie mancher Fall ist jahrelang vergebens als Trigeminusneuralgie oder als Migräne behandelt worden, bis endlich eine Untersuchung der Nase und ihrer Nebenhöhlen die wahre Ursache der Kopfschmerzen aufdeckte. Es hieße nun aber andererseits den Zweck dieser Ausführungen gründlich verkennen, wenn man aus ihnen entnehmen wollte, daß bei der Frage nach der Ursache von Kopfschmerzen in jedem Falle zuerst oder gar ausschließlich an die Nase zu denken sei. Es hat kaum etwas der Rhinologie bei Ärzten und Laien mehr geschadet, als die Kritiklosigkeit, mit der manche Spezialisten und Pseudospezialisten — teils auf Grund phantastischer Vorstellungen teils aber auch aus bloßer Polypragmasie — in jedem Falle von Kopfschmerzen zweifelhaften Ursprungs sofort die Nase mit schneidenden und brennenden Instrumenten in Angriff nahmen. Ein nasaler Ursprung der Kopfschmerzen soll zunächst nur da angenommen werden, wo ein positiver Befund in die Nase auch wirklich für diese Annahme eine Unterlage bildet. Ist das Bestehen einer Nebenhöhlenerkrankung sicher festgestellt, so kann man diese als Ursache der Kopfschmerzen ansprechen, wobei man aber auch nicht vergessen darf, daß jemand an einer chronischen Nebenhöhlenerkrankung leiden und dabei Kopfschmerzen haben kann, die auf einer anderen Ursache beruhen. Sehr viel schwieriger gestaltet sich die Entscheidung, wenn uns die Frage vorgelegt wird, ob in einem gegebenen Falle anderweitige Anomalien, die in der Nase gefunden wurden und die gewöhnlich nicht mit Kopfschmerzen einherzugehen pflegen, wie Septumdeviationen, Muschelhyperplasien, Polypen, die Ursache für bestehende Kopfschmerzen darstellen. Der gewissenhafte Arzt wird bei der Beantwortung dieser Frage sehr vorsichtig sein und er wird gut tun, nicht allzu sichere Versprechungen in bezug auf den Erfolg eines operativen Eingriffs zu machen, soweit dieser die Beseitigung der Kopfschmerzen bezwecken soll. Ein noch viel weiterer Spielraum wird dem subjektiven Ermessen des Arztes eingeräumt, wenn ein objektiver Befund in der Nase ganz fehlt oder nur eine ganz geringfügige Anomalie in ihr vorhanden ist und nun die Frage an ihn herantritt, ob nicht doch die Kopfschmerzen irgendwie mit der Nase zusammenhängen. Mit solchen Fällen, in denen ein eindeutiger positiver Befund in der Nase völlig oder fast völlig fehlen kann, haben wir es zu tun beim Vakuumkopfschmerz, den Kontaktpunkten, der Neuralgie des N. ethmoidalis ant., der Symptomatologie des Ganglion nasale. In diesen Fällen ist die allergrößte Zurückhaltung geboten. Erst nach Ausschaltung aller anderen hierbei in Betracht kommenden Möglichkeiten und nur dann, wenn mehrfache genaue Untersuchungen die Annahme eines nasalen Ursprungs der Kopfschmerzen gerechtfertigt erscheinen lassen, darf die Nase zum Angriffspunkt der Therapie gemacht werden. Nur so werden wir unsere Patienten und uns selbst vor schmerzlichen Enttäuschungen bewahren können.

Aus der Chirurgischen Universitätsklinik Berlin (Geh.-Rat Bier).

2. Die Diagnose der Knochengeschwülste.

Von

Dr. **Arthur Hintze,** Assistent der Klinik.

(Schluß.)

2. Differentialdiagnose zwischen den verschiedenen Knochentumoren.

Können in einem Falle von Erkrankung eines Knochens die entzündlichen Krankheiten und verwandte Krankheitsformen ausgeschlossen werden, sind auch keine schweren Traumen vorausgegangen, welche eine Knochenzerstörung und Callusbildung zur Folge haben konnten, so bleibt im allgemeinen nur die Annahme einer Knochengeschwulst übrig; eine solche Annahme steht aber gewöhnlich erst dann auf festeren Füßen, wenn man sich für eine näher zu bestimmende Form der möglichen Geschwulstbildungen oder wenigstens für die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe von solchen entscheiden kann. Auch über die Frage, ob es sich um einen benignen oder malignen Tumor handelt ist in der Regel eine gegründete Annahme wenigstens in den früheren Stadien nur dann möglich, wenn man sich auf diese nähere Differentialdiagnostik einläßt. Wegen der Bedeutung für die Prognose und allgemeine Indikationsstellung, welche die Beurteilung des Charakters der Geschwulst hat, ist ein Eingehen auf die Differentialdiagnose im engeren Sinne auch für den praktischen Arzt von Bedeutung. Am einfachsten ist die Unterscheidung der malignen und benignen Knochengeschwülste in den fortgeschrittenen Stadien. Hat ein Knochentumor auf die Weichteile zerstörend übergegriffen, ja hat er auch nur die Kortikalis zer-

Tafel III.

B. Gutartige Knochengeschwülste.

a) Enchondrome, Zysten, Osteome.

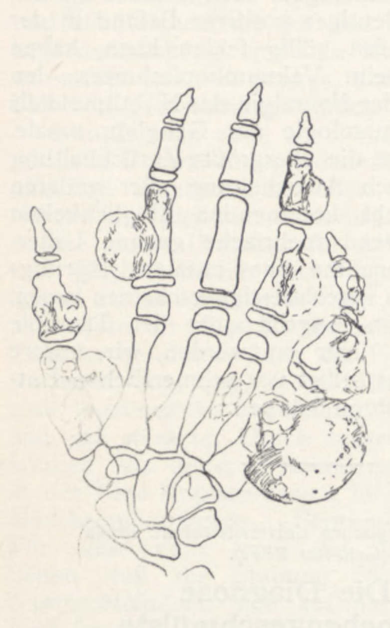


Fig. 13. **Multiple Enchondrome der Hand.** Multiple, rundlich-knollige, nur dem Knochenschaft angehörende Geschwülste, die ohne Übergang gegen den normalen Knochen abgesetzt sind — autochthone Systemerkrankung der Knochen; Kortikalis aufgetrieben, nicht durchbrochen; scharfe Absetzung gegen die Weichteile.

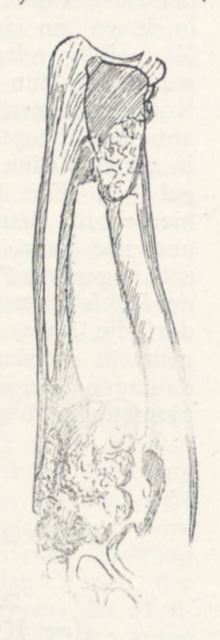


Fig. 14. **Enchondrome an Radius und Ulna.** Erläuterung wie bei Fig. 13, doch sind die Geschwülste an den Epiphysen entstanden; Schwund und reaktives Wachstum am gegenüberliegenden Abschnitt des Parallelknochens.



Fig. 15. **Multiple Enchondrome an Unterarm und Hand.** Erläuterung wie bei Fig 13, Schwund am gegenüberliegenden Abschnitt des Radius.

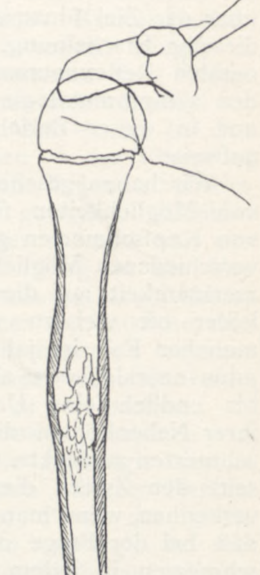


Fig. 16. **Zyste des Humerus.** Mehrkammeriger Aufhellungsherd im mittleren Abschnitt des Knochenschafts; Auftreibung und Verdünnung der Kortikalis.



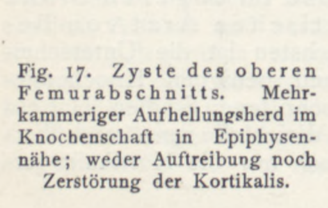


Fig. 17. **Zyste des oberen Femurabschnitts.** Mehrkammeriger Aufhellungsherd im Knochenschaft in Epiphysennähe; weder Auftreibung noch Zerstörung der Kortikalis.



Fig. 18. **Osteom des Femur.** Brettartige seitliche Fortsetzung der Kortikalis, dem Ansatz der großen Muskelfaszien entsprechend, Kortikalis nicht beeinträchtigt.



Fig. 19. **Osteom des Femur.** Erläuterung wie bei Fig. 18.



Fig. 20. **Osteom des Femur.** Erläuterung wie bei Fig. 18, schwacher Aufhellungssaum längs der Ansatzlinie des Osteoms.

B. Gutartige Knochengeschwülste. Tafel IV.

b) Exostosen, Knochenneubildung in den Weichteilen.

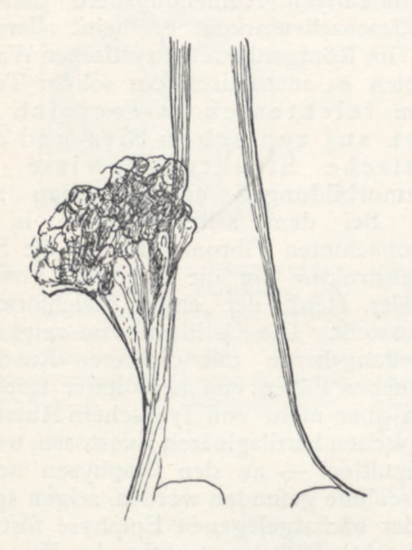


Fig. 21. Kartilaginäre Exostosen des Femur. An der Diaphyse unweit der Epiphysenlinie der Kortikalis aufsitzender, in organischem Knochenaufbau mit ihr verbundener Sporn; der Sporn kehrt sich von der nächstgelegenen Epiphyse ab; das freie Ende ist blumenkohlartig verbreitert.

Fig. 22. Kartilaginäre Exostosen der Tibia, brettartig. Erläuterung wie bei Fig. 21, das freie Ende ist brettartig abgeflacht.



Fig. 23. Kartilaginäre Exostose der Tibia, blumenkohlartig. Erläuterung wie bei Fig. 21, Basis gestielt, freies Ende blumenkohlartig.

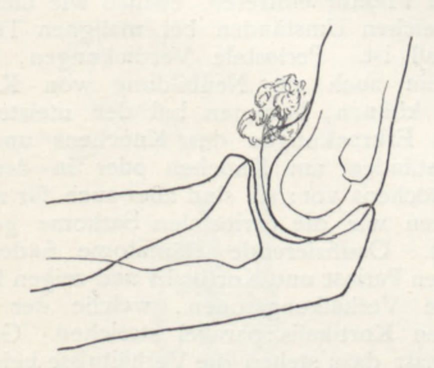


Fig. 24. Myositis ossificans der Ellenbeuge. In den Weichteilen der Gelenkbeuge außerhalb der Gelenkkapsel gelegener, unregelmäßig rundlicher, gut begrenzter Knochenschatten, vom Knochen durch einen nicht nur spaltförmigen Zwischenraum getrennt und gegen den Knochen verschieblich.

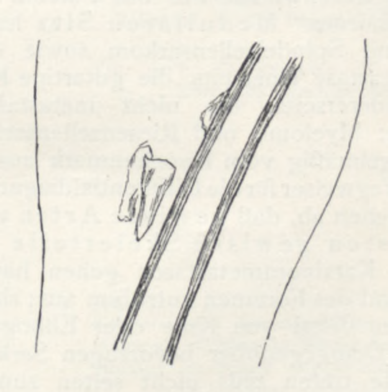


Fig. 25. Reitknochen. Erläuterung wie bei Fig. 24, doch nicht in Gelenknähe, sondern an der Beugeseite (hier der Adduktorenseite) des Knochenschaftes.

stört ohne sie vorher zu verschmälern und nach außen zu drängen, so werden wir uns sofort für die Annahme einer bösartigen Geschwulst entscheiden; von den malignen Tumoren führen nur die relativ weniger „malignen", weil nicht metastasierenden Geschwülste, die Myelome und das (wenigstens in der Regel nicht metastasierende) Riesenzellensarkom zunächst zur Auftreibung und Verschmälerung des Kortikalis, ehe sie diese zerstören. In den Anfangsstadien der Knochengeschwulst, bevor also erhebliche Auftreibung und Zerstörungen zu erwarten sind, kann die Differentialdiagnose nur auf folgende Punkte gestützt werden: ob es sich um einen Einzelherd oder eine Anzahl von Herden handelt, wo diese ihren Sitz und ihren vermutlichen Ausgangspunkt haben, welches die Ausbreitungsform des Herdes ist und wie die durch ihn hervorgerufenen Strukturveränderungen sich verhalten, schließlich ob und in welchem Maße eine Knochenneubildung stattgefunden hat.

Der typische **maligne Knochentumor** ist regelmäßig ein Einzelherd und zeigt ein rücksichtsloses und dementsprechend mehr kugeliges Wachstum, während **gutartige Geschwülste** häufig multipel auftreten und sich mehr zylindrisch dem Markkanal entlang erstrecken; dies sind Regeln, die aber nicht ohne Ausnahme sind. So tritt die Knochenzyste und das Fibrom typisch als Einzelherd auf, während die das Leben gefährdenden Myelome regelmäßig multipel erscheinen. Andererseits entwickelt sich das bösartige Spindelzellensarkom zunächst gern ähnlich einer Osteomyelitis entlang dem Markkanal, während kleine benigne Tumoren zunächst mehr oder minder kugelig erscheinen können. Der periostale, kortikale oder medulläre Sitz ist für die Entscheidung: maligne oder benigne? nur wenig zu gebrauchen. Periostalen Sitz hat das bösartige Sarkom und die gutartige Exostose, kortikalen Sitz zeigen das Osteosarkom und gutartige Geschwülste wie das Osteom und das Osteochondrom. Medullären Sitz haben das Rund- und Spindelzellensarkom sowie die Karzinommetastase einerseits, die gutartige Knochenzyste andererseits; die nicht metastasierenden Tumoren: Myelome und Riesenzellensarkome — gehen regelmäßig vom Knochenmark aus. Etwas bessere Wegweiser für die Differentialdiagnose geben die Tatsachen ab, daß gewisse Arten von Geschwülsten gewisse Skeletteile bevorzugen. Karzinommetastasen gehen häufig von der Gegend des Foramen nutritium aus; sie werden sehr selten distal von Knie oder Ellbogen angetroffen. Demgegenüber bevorzugen Sarkome die Tibia; sie treten teils nicht selten zunächst in Gestalt eines knopfförmigen Granulationstumors der Haut äußerlich in die Erscheinung (in solchen Fällen also Röntgenbild!). Das Riesenzellensarkom hat seinen Sitz gewöhnlich am Ende eines langen Röhrenknochens; es teilt diese Lokalisation mit dem bösartigen Rundzellensarkom einerseits und der gutartigen Knochenzyste andererseits. Es ist von diesen allenfalls durch die Struktur zu unterscheiden, die beim Rundzellensarkom mehr homogen zu sein pflegt, bei der Knochenzyste einen multilokulären Aufhellungsherd darstellt; auch das Riesenzellensarkom erscheint allerdings nicht selten im Röntgenbilde in zystischer Wabenform, obgleich es anatomisch ein solider Tumor ist. — Am leichtesten lassen sich mit Rücksicht auf typischen Sitz und charakteristische Struktur gewisse **gutartige Tumorbildungen am Knochen** aussondern. Bei dem seltenen, nur in der Einzahl beobachteten Fibrom tritt an die Stelle der Knochenstruktur ein die Kortikalis vordrängender ovaler Herd, der einen gleichförmigen Schatten darstellt. Die Ostitis fibrosa zeigt multiple Aufhellungsherde mit dichterer Randzone ähnlich manchen Fällen von hereditärer Lues, im allgemeinen aber mehr von zystischem Aussehen. Die sehr typischen kartilaginären Exostosen, welche — häufig multipel — an den Diaphysen unweit der Epiphysenlinie gefunden werden, zeigen spornartig von der nächstgelegenen Epiphyse fort: sie haben die echte Bälkchenstruktur des Knochens und einen Knorpelmantel. Die traumatischen Exostosen dagegen sind rein periostale Gebilde ohne Bälkchenstruktur. — Mit diesen Erwägungen sind wir bereits zum letzten differentialdiagnostisch wichtigen Punkte, dem der Knochenneubildung elangt. Reine Knochenneubildungen stellen außer den Exostosen die Osteome dar, welche an den verschiedensten Abschnitten des Skelettsystems auftreten können; sie zeigen als gutartige Geschwülste niemals ein Übergreifen auf die Weichteile. Knochenneubildung und daneben Knochenzerstörung findet sich bei den gewöhnlich multiplen Chondroosteomen, welche, wenn sie medullär entstehen, den Knochen zunächst auftreiben. Bei der Knochenzyste und dem Knochenfibrom fehlt die Knochenneubildung; bei der Zyste kann Knochenneubildung infolge einer pathologischen Fraktur eintreten, ebenso wie dies unter den gleichen Umständen bei malignen Tumoren der Fall ist. Periostale Verdickungen, welche weiterhin auch zur Neubildung von Knochen führen können, kommen bei den meisten gutartigen Erkrankungen des Knochens und allen Reizzuständen am Knochen oder in der Nähe des Knochens vor; sie sind aber auch für maligne Tumoren wie die periostalen Sarkome geradezu typisch. Ossifizierende Hämatome finden sich zwischen Periost und Kortikalis und zeigen bänderförmige Verkalkungszonen, welche der unveränderten Kortikalis parallel streichen. Ganz im Gegensatz dazu stehen die Verhältnisse beim periostalen Sarkom, welches eine Auflagerung mit zur Kortikalis mehr oder minder vertikalgestellter Streifenbildung aufweist, die sich bei stärkerer spindelförmiger Ausbildung der Geschwulst in der typischen Fächerstruktur darstellt; das Periost an den Enden der Spindel zeigt eine sehr charakte-

C. Knochenmetastasen von malignen Weichteilgeschwülsten (Karzinom, Hypernephrom). Tafel V.

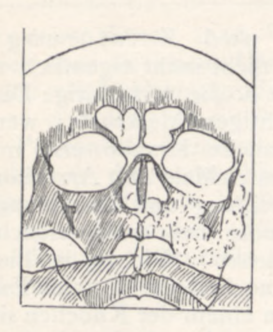


Fig. 26. Karzinom der Oberkieferhöhle. Unregelmäßige Aufhellung des (linken) Oberkieferknochens mit Zerstörung bis in seine Randpartien hinein (gewöhnlich wie hier „primär", von der Schleimhaut ausgehend; kommt aber auch als Metastase, z. B. bei Mammakarzinom, vor).

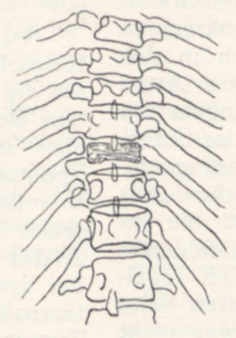


Fig. 27. Karzinommetastase im X. Brustwirbelkörper nach Ca. mammae. Verkürzung eines Wirbelkörpers von oben nach unten mit entsprechender gegenseitiger Annäherung der Rippen, relative Verdichtung des Wirbelkörperschattens; da häufig symmetrisch, vom Tbc. gibbus nicht ohne weiteres zu unterscheiden.

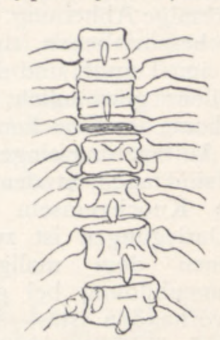


Fig. 28. Karzinommetastase des VIII. Brustwirbelkörpers nach Ca. mammae. Erläuterung wie bei Fig. 27, völlige Abflachung des zerstörten Wirbelkörpers.

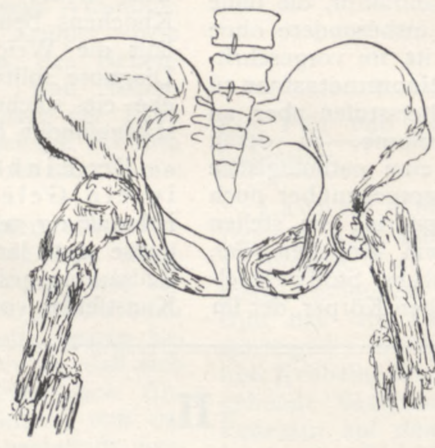


Fig. 29.

Fig. 29. Karzinommetastasen des Beckens und beider Oberschenkel einschließlich der Schenkelköpfe nach Ca. mammae. Die metastatische diffuse Knochenkarzinose besteht in einer diffusen Auflösung der Knochenstruktur bei einer Mehrzahl von Knochen, besonders in den proximalen Abschnitten des Skelettsystems, meist nicht vollständig symmetrisch; Spontanfrakturen in den Röhrenknochen der proximalen Abschnitte der Extremitäten.



Fig. 30a.



Fig. 30b.

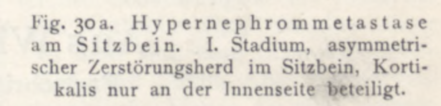


Fig. 30a. Hypernephrommetastase am Sitzbein. I. Stadium, asymmetrischer Zerstörungsherd im Sitzbein, Kortikalis nur an der Innenseite beteiligt.

Fig. 30b. Dasselbe. II. Stadium. Kortikalis durchbrochen.



Fig. 31.

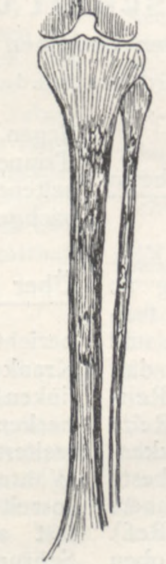


Fig. 32.

Fig. 31. Karzinommetastase am Femur mit Spontanfraktur nach Ca. mammae. Diffuse Auflösung der Knochenstruktur im Schaft des Femur; Fraktur, durch Kallus konsolidiert.

Fig. 32. Karzinose von Tibia und Fibula nach Ca. mammae. Streifenförmige unregelmäßige Aufhellungszonen entlang dem Markkanal in langen Röhrenknochen, dem „schmelzenden Schnee" vergleichbar; Kortikalis noch nicht beteiligt.

ristische, den Blättern eines Buches ähnliche streifenförmige Abhebung. Auch das Osteosarkom zeigt die beschriebenen, zur Kortikalis senkrechten Streifen im Tumor und schließlich auch in den Weichteilen; gewöhnlich wird bei diesen Arten von Sarkom der Knochen frühzeitig ringsherum von der Auflagerung eingescheidet; für das Osteosarkom sind auch in den Weichteiltumor eingesprengte Knocheninseln charakteristisch. Aus diesen Darlegungen ist zu ersehen, daß die im allgemeinen dem malignen Tumor fehlende Knochenneubildung bei gewissen Formen regelmäßig vorhanden ist. — Auf der anderen Seite findet auch bei gutartigen Knochentumoren nicht nur Verdünnung und Auftreibung der Kortikalis statt, wie sie für das Fibrom und das Chondroosteom charakteristisch ist, sondern es kommt auch zu echter Knochenzerstörung; dies ist bei der Ostitis fibrosa und bei der Knochenzyste der Fall, für welch letztere die pathologische Fraktur ja geradezu kennzeichnend ist. Man wird bei einer Spontanfraktur, die ohne andere Krankheitserscheinung, insbesondere ohne solche des Nervensystems auftritt, im vorgeschrittenen Lebensalter an eine **Karzinommetastase** zu denken haben, in jüngeren Altersstufen aber an eine Knochenzyste. Die Myelome, zu deren Eigenart es ebenfalls gehört eine pathologische Fraktur herbeizuführen, sind demgegenüber doch eine recht seltene Erkrankungsform; sie stellen die einzige Geschwulstform am Knochen dar, welche durch ein pathologisches Stoffwechselprodukt, den Bence-Jonesschen Körper, der im Urin nachgewiesen werden kann, eindeutig bestimmt ist.

Auftreibung und Zerstörung des Knochens gehören nicht mehr eigentlich zu den für die frühzeitige, d. h. die rechtzeitige Diagnose der Geschwulst wichtigen Merkmale; wenn wir aber sehen, daß manche Kranke erst mit der Spontanfraktur zum ersten Male zum Arzte kommen, so müssen wir Auftreibung und Zerstörung auch schon für die Diagnose des erstuntersuchenden Arztes in Betracht ziehen. Wichtig ist hier, daß bei den parallelen Knochen der distalen Extremitätenabschnitte der an einem der Knochen sitzende Tumor gern frühzeitig eine flache Auflagerung oder auch einen muldenartigen Defekt an der entsprechenden Stelle der zugewandten Seite des anderen Knochens bedingt.

Die Beteiligung der Weichteile durch den malignen Tumor ist für das Rundzellensarkom und das periostale Sarkom charakteristisch; sie wird ferner bei der Karzinommetastase des Knochens beobachtet. Das Spindelzellensarkom läßt die Weichteile meist lange Zeit frei. Die Diagnose sollte nach Möglichkeit gestellt werden, ehe ein solches Übergreifen auf die Weichteile stattgefunden hat.

Der Einbruch einer bösartigen Geschwulst in ein Gelenk gehört in die Endstadien der Erkrankung wie die Kachexie. Wenn die Diagnose trotz längerer Beobachtung erst zu diesem Zeitpunkte gestellt wird, liegt ein diagnostischer Kunstfehler vor.

II.

Redigiert von Dr. E. Hayward in Berlin.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Fortschritte auf den einzelnen Sondergebieten.

Es finden abwechselnd sämtliche Sonderfächer Berücksichtigung.

1. Harnleiden.

Behandlung und Heilbarkeit des Trippers beim Manne.

Der Tripper soll, wie Förtig (Med. Klin. 1928 Nr. 34) auseinandersetzt, von Anfang an örtlich behandelt werden, nachdem genau festgestellt ist, welche Abschnitte der Harnwege und ihrer Adnexe erkrankt sind. Kein Kranker darf als geheilt entlassen werden, bevor nicht Reizproben vorgenommen sind. Chemische Reize sind ungenügend, Einspritzen von Gonokokkenvakzine auch nicht immer ausreichend. Das beste ist Anwendung des Kollmannschen Dehners (in Verbindung mit den genannten Reizen. Ref.). Zwischen letzter Behandlung und Reizproben soll ein Zwischenraum von etwa einer Woche liegen, dann ist der Reiz viel wirksamer. Der Tripper des Mannes ist, vielleicht von ganz seltenen Ausnahmen abgesehen, heilbar — bei sachgemäßer Behandlung!

Über einen Fall von Doppelniere

berichtet Weber (Zbl. Chir. 1928 Nr. 34). Die Kranke litt seit Jahren an Schmerzen in der linken Niere. Das Pyelogramm zeigte zwei Nierenbecken übereinander, von denen das untere erweitert war. Resektion der unteren Nierenhälfte. Während aber die Resektionen bei Doppelniere, soweit man nach dem Schrifttum urteilen kann, fast ausnahmslos gelingen, kam es hier zur Schrumpfung der zurückgebliebenen Nierenhälfte, so daß sie später ebenfalls entfernt werden mußte.

Massenblutungen in das Nierenlager.

Ecarius (Dtsch. med. Wschr. 1928 Nr. 35) berichtet über zwei neue Ursachen: in dem einen Falle war ein kindskopfgroßes Hypernephrom geplatzt, in dem anderen ein Aneurysma der Bauchaorta. Peritoneale Reizerscheinungen (Erbrechen, Meteorismus), die sonst häufig sind und leicht irre führen, fehlten in beiden Fällen, wohl aber waren die klassischen Symptome vorhanden: innere Blutung, Schmerzen in der Nierengegend und Resistenz daselbst.

Trypaflavin bei Gonorrhöe.

Bei Posteriorzystitiden mit und ohne Gonokokkenbefund klärte sich nach den Beobachtungen von E. Kromayer (Dtsch. med. Wschr. 1928 Nr. 35) der Urin in mehr als der Hälfte der Fälle nach 1—3 intravenösen Einspritzungen des Mittels. Auch auf gonorrhoische Gelenkerkrankungen scheint es von günstigem Einfluß zu sein. Wirkungslos ist es dagegen beim vorderen Tripper sowie bei der gonorrhoischen Infektion des Nebenhodens und der Vorsteherdrüse. Von Nebenwirkungen wurden in einem Drittel der Fälle Übelkeit beobachtet, die sich manchmal bis zum Erbrechen steigerte. Nierenreizung trat niemals ein.

Langer und Dreßler machten etwas abweichende Erfahrungen. Sie verwandten (Med. Klin. 1928 Nr. 33) nur das vom Trypaflavin abstammende Gonoflavin und hatten gerade beim Tripper der vorderen Harnröhre die besten Erfolge. Daneben beobachteten auch sie, daß sich bei Gonorrhoea posterior der Urin nach Anwendung des Gonoflavins rasch klärte, daß dagegen Adnexerkrankungen kaum beeinflußt wurden. Auf örtliche Behandlung neben dem Gonoflavin kann nicht verzichtet werden. Dosis des Mittels: Immer 2 Tage hintereinander je 5 ccm intravenös, dann 1 Tag Pause; im ganzen 10, höchstens 12 Einspritzungen. Schon nach den ersten Einspritzungen merkt man, ob der Fall auf Gonoflavin überhaupt anspricht. Die Nebenwirkungen waren in letzter Zeit gering; es zeigte sich ab und zu Brechreiz und Schwindelgefühl. Man soll die Einspritzungen im Liegen machen, langsam einspritzen und zur Vorsicht den Urin kontrollieren. Ambulante Behandlung ist statthaft.

Anurie — Diathermie lebensrettend.

Blumenthal berichtet (Münch. med. Wschr. 1928 Nr. 34) folgenden Fall: Ein Kranker bekommt, anscheinend infolge einer Schrumpfniere, eine Anurie. Kardiaka, Diuretika und Aderlaß versagen, dagegen tritt nach 4tägiger Dauer der Anurie Harnsekretion wieder ein nach 10 Minuten langer Diathermiebehandlung beider Nieren. Eine zweite Diathermiebehandlung steigert die Harnentleerung zu einer wahren Harnflut.

Quellstäbchen beim Tripper des Weibes.

Nach den Erfahrungen der Frankfurter Klinik, über die Plotz berichtet (Dtsch. med. Wschr. 1928 Nr. 35) sind die Partagonstäbchen „Sandoz", die nach Einführung stark quellen, gewöhnlichen Stäbchen bedeutend überlegen, sowohl bei der Behandlung des Harnröhrentrippers wie beim Zervikaltripper.

Skopolamin-Ephedrin

wird von Moro (Zbl. Chir. 1928 Nr. 36) für schmerzhafte urologische Eingriffe empfohlen. $1\frac{1}{2}$ Stunden vor dem Eingriff eine Ampulle Skopolamin-Ephedrin (Merck) + 0,01 Morphin, 20 Minuten später 0,01 Morphin, etwa $\frac{3}{4}$ Stunden nach der ersten Skopolamineinspritzung eine zweite, eventuell in halber Dosis. Die beim reinen Skopolamin gefürchtete Blutdrucksenkung tritt niemals ein, die Betäubung war eine vollkommene.

Portner (Berlin).

---

2. Augenheilkunde.

Ein Fall von Neuritis optica während der Laktation.

Lauber (Klin. Mbl. Augenheilk. Dezember 1927 S. 844) gibt die Krankengeschichte einer 31jährigen Frau, die am 11. April 1922 erstmalig entbunden und das Kind ein Jahr lang gestillt hat. Im Dezember 1922 linksseitige Sehstörungen. Es wurden damals die Kiefer, Sieb- und Keilbeinhöhlen eröffnet. Es trat nur vorübergehende Besserung ein, nachher erblindete die Patientin auf dem linken Auge innerhalb eines Jahres. 2. Entbindung am 26. September 1927. Schon vorher leichte Sehstörungen, die dann zunahmen. Am 20. Oktober 1927 rechtes Auge Sehschärfe $\frac{2}{3}$; es fand sich eine Stauungspapille ohne Blutung. Auf dem linken Auge Sehnervenatrophie und atrophische Herde in der Makula. Im Harn kein Eiweiß. Das Kind wurde vor 8 Tagen abgesetzt, worauf die Sehschärfe auf $\frac{5}{6}$ stieg und das Gesichtsfeld an Größe zunahm. Die rechte Papille ist jetzt wieder gut gefärbt, die Schwellung aber fast unverändert.

Eine ungewöhnliche Chininvergiftung

beschreibt Samans (Klin. Mbl. Augenheilk. Dezember 1927 S. 841). Eine 46jährige Patientin nahm 100 Chinintabletten zu 0,2. Nach einer Stunde Übelkeit, Erbrechen, nach 2 weiteren Stunden Sehstörungen, allmählich völlige Erblindung, Schwerhörigkeit, die 12 Stunden anhielten. Die augenärztliche Untersuchung, die Samans 18 Stunden nach der Vergiftung vornahm, zeigte: leichte Hyperämie der Papillen, Ödem am hinteren Augenpol, Pigmentverschiebung der Makula, keine Verengerung der Gefäße. Seh-

schärfe $^{3}/_{4}$, konzentrische Gesichtsfeldeinengung. Nach 10 Tagen alles wieder normal.

Zur Frage über den Zusammenhang der Elephantiasis des Oberlides mit Erweiterung der Sella turcica

liefert Avizonis einen Beitrag (Z. Augenheilk. November 1927 S. 235). Avizonis beobachtete einen 9jährigen Bauernjungen, der eine starke Elephantiasis der ganzen rechten Gesichtshälfte, besonders des rechten Oberlids aufwies. Im Röntgenbilde zeigte sich eine Vergrößerung des Türkensattels, so daß zunächst an die Möglichkeit eines kausalen Zusammenhanges einer Hypophysenerkrankung mit der Lidelephantiasis gedacht wurde. Nach einem Jahr starb der Knabe an Tuberkulose und bei der Sektion zeigte es sich, daß die Erweiterung der Sella turcica nicht bedingt war durch eine Hypophysengeschwulst sondern durch eine im Zusammenhang mit der Vergrößerung der ganzen rechten Gesichtshälfte stehenden Erweiterung der rechten mittleren Schädelgrube.

Einen Fall von beiderseitiger Katarakt durch elektrischen Starkstrom

beschreibt Weigelin (Klin. Mbl. Augenheilk. November 1927 S. 658). Weigelin beobachtete einen Fall von beiderseitiger Katarakt durch elektrischen Starkstrom. Es trat zunächst eine symmetrische partielle Trübung im Zentrum der Linse auf, die progressiv wurde und in $1^{1}/_{2}$ Jahren zur totalen Linsentrübung beider Augen führte. Die Katarakt wurden auf beiden Augen mit Erfolg extrahiert, die nebenhergehende ausgedehnte Verbrennung der Kopfhaut und der Hände heilten erst nach 3jähriger Behandlung.

Verletzungen durch pflanzliche Gebilde, speziell Klettenstachel

beschreibt Niethe (Z. Augenheilk. November 1927 S. 261). Zu Niethe kam eine 15jährige Patientin mit einer starken Injektion des rechten Auges und einer Erosion in der unteren Hälfte der Hornhaut. Die Bindehaut der oberen Übergangsfalte war besonders geschwollen und von leicht follikulärem Charakter. Beim Untersuchen mit dem Kornealmikroskop zeigten sich in der geschwollenen oberen Übergangsfalte 6 ganz feine, in die Schleimhaut eingebohrte Stachel, die sich nur außerordentlich schwierig ausziehen ließen, da sie deutliche Widerhaken besaßen. Es handelte sich um Stacheln von Kletten. Nach Entfernung derselben gingen die Beschwerden schnell zurück. Ähnliche Defekte fanden sich bei einem 56jährigen Patienten, der sich mit einem Stecken ins Auge gestoßen hatte. Nach 5 Monaten kam er mit einer typischen ekzematösen Konjunktivitis. In der unteren Übergangsfalte war ein kleines isoliertes Granulom zu erkennen, aus dem ein Haar hervorsah, das mikroskopisch als Pflanzenhaar erkannt wurde. Auch hier trat nach Entfernung schnelle Heilung ein.

Iritis durch eitrige Mandelpfröpfe und Zahnerkrankungen.

Beselin (Klin. Mbl. Augenheilk. April 1928 S. 501) beobachtete 5 Fälle von Iritis, die teils durch eitrige Mandelpfröpfe, teils durch Zahnerkrankungen bedingt waren und die nach Entfernung der causa peccans sofort heilten.

Behandlung des Flimmerskotoms.

Lindenmeier (Klin. Mbl. Augenheilk. November 1927 S. 602) empfiehlt zur Behandlung des Flimmerskotoms im Anschluß an die günstige Beeinflussung epileptischer Anfälle das Luminal. Er gibt abends 0,3 Luminal während 5—6 Wochen; nach 1—2 Wochen kann man eventuell die Dosis auf 0,05 und später auf 0,03 herabsetzen, wenn eine gewisse Schläfrigkeit bei höheren Gaben während des Tages zu verzeichnen war. Nebenher wird der Regelung des Stuhlgangs besondere Beachtung geschenkt und Alkohol und Tabak verboten. Unter dieser Behandlung schwanden die Anfälle meist sofort, selten traten sie noch 1—2 mal in abgeschwächter Form auf. Auf die geschilderte Weise gelang es 10 Kranke, bei denen das Flimmerskotom mit häufigen Anfällen, vielfach von heftigen Kopfschmerzen und Erbrechen begleitet, auftrat, von ihren Anfällen zu befreien.

Über seine Erfahrungen mit Glaukosan

berichtet Nonay (Klin. Mbl. Augenheilk. April 1928 S. 503). Nonay beobachtete die Fälle von Glaukom, die in der Universitätsklinik in Pecz (Ungarn) mit Glaukosan behandelt sind und kommt zu folgendem Resultat: Glaukosan kann beim Glaucoma simplex und bei Iritis versucht werden, dabei ist aber zu berücksichtigen, daß die durch Glaukosan bewirkte Drucksteigerung auch durch Eserin nicht beseitigt werden kann. Die Operation kann durch dieses Mittel nicht vermieden werden. Auch was das Hinausschieben der Operation betrifft, dürfen wir vom Glaukosan nicht wesentlich mehr erwarten als von den Miotizis. Adam (Berlin).

3. Pathologische Anatomie.

Über die Disposition zur perniziösen Anämie

macht Kurt Lichtenstein aus der II. inneren Abteilung des Neuköllner Krankenhauses statistische Angaben (Krkh.forschg. 1928 Bd. 6 H. 3 S. 195). Die ungewöhnlich hohe Zahl von 115 einwandfreien Fällen liegt den Zahlenangaben zugrunde, die meisten Fälle wurden autoptisch bestätigt. Der Autor faßt seine Ergebnisse etwa wie folgt zusammen. Die Anaemia perniciosa ist häufiger bei Frauen als bei Männern und befällt am meisten das fünfte bis sechste Lebensjahrzehnt.

Bei Frauen liegt manchmal eine Korrelationsstörung des endokrinen Systems vor (klimakterische Ausfallserscheinungen, Störungen des Fettstoffwechsels). Weder eine erbliche, noch eine berufliche Disposition lassen sich nachweisen, noch ein Einfluß der Jahreszeit auf die Erkrankungs-(Einlieferung-)ziffer. In einigen Fällen hatten die Patienten an Darmparasiten (Tänien, Askariden) gelitten, doch war eine Beeinflussung nur bei einem Patienten mit Askariden wahrscheinlich. Bei den 8 Patienten, die gleichzeitig an einer Syphilis litten, war ein ätiologischer Zusammenhang beider Erkrankungen nicht zu ermitteln; die antisyphilitische Behandlung hatte keinen Einfluß auf den Morbus Biermer. Eine ätiologische oder disponierende Bedeutung der Tuberkulose ist abzulehnen, im Gegenteil kann es unter dem Einfluß der Tuberkulose zu einer Hemmung im Krankheitsablauf der perniziösen Anämie kommen. Krebsanämie und perniziöse Anämie sind scharf zu trennen; tritt bei einem Perniziosakranken ein Karzinom (2 Magenkrebsfälle) auf, so wird dadurch das vorher typische Perniziosablutbild umgewandelt. Achylia gastrica ist ein konstanter Befund; im übrigen fanden sich 4 Fälle mit Darmulzera, 2 mit Colitis membranacea.

Über die Tuberkulose der Lungenspitze und das Frühinfiltrat

teilt N. Ph. Tendeloo, der bekannte pathologische Anatom der Universität Leyden neue Untersuchungen mit (Krkh.forschg. 1928 Bd. 6 H. 3 S. 159). Die Meinungsverschiedenheiten sind zum Teil dadurch hervorgerufen, daß keine Einheitlichkeit in der Auffassung der Grenzen der Lungenspitzen herrscht. Nach den im gleichen Heft (Seite 169) enthaltenen Untersuchungen von Tendeloos Schüler Nooten ist der Teil der Lunge, der gewöhnlich als Lungenspitze bezeichnet wird, nämlich der extrathorakale, die erste Rippe oder die Clavicula überragende Abschnitt, so klein, daß er weder klinisch noch anatomisch von ausreichender Bedeutung ist. Daher macht Tendeloo den Vorschlag, als Lungenspitze oder kranialen Lungenteil den Lungenabschnitt bis zur 2. oder 3. Rippe je nach Bedarf zu bezeichnen. Hält man an dieser Bezeichnung fest, so liegen allerdings die meisten sogenannten „Frühinfiltrate“ in den Lungenspitzen. Ob man sie allerdings im Einzelfall als primäre oder als sekundäre bezeichnen muß, ist weder röntgenologisch, noch immer sicher anatomisch zu entscheiden. Manchmal findet man im Zentrum der Herde einen Kern, der aber mikroskopisch klein sein kann und den Rest des Primärherds darstellt. Aber die meisten Frühinfiltrate heilen ohne Einschmelzung rasch und glatt aus. Auch exsudative Prozesse sind der Ausheilung durchaus zugänglich; die an die anatomisch-histologische Einteilung sich anlehnende Nomenklatur der Kliniker, die exsudative und proliferative Prozesse streng trennt, ist daher unzureichend, und man sollte lieber neben diesen beiden (ausheilenden) Formen noch eine dritte, verkäsende Form unterscheiden.

Zur Frage des Ulkuskarzinoms des Magens

haben Erwin Klein und Fritz Demuth (Beitr. path. Anat. 1927 Bd. 79 H. 1 S. 117) im patholog.-anatom. Institut des Krankenhauses Wieden-Wien Untersuchungen angestellt. Bisher ist von verschiedenen Seiten die Entstehung eines Karzinoms auf dem Boden eines chronischen Ulcus pepticum durch Untersuchung des ganzen Ulkus an histologischen Serienschnitten nachzuweisen versucht worden. War das Karzinom nur auf einem beschränkten Teil des Ulkusumfanges entwickelt, so wurde der Beweis seiner sekundären Entstehung des Krebses dadurch als erbracht angesehen. Dieser Schluß kann heute nicht mehr als zwingend gelten, das Ulkus kann im Karzinom entstanden sein, und es in seiner Ausbreitung schnell überflügelt haben. Nach Hauser muß zu diesem Zeichen noch als charakteristisch für die primäre Natur des Ulkus die am Geschwürsrande steil aufwärts gekrümmte, förmlich wie leicht eingerollte Muskulatur, deren äußere Lage in scharfer Linie vom übrigen Geschwürsgrund abgegrenzt erscheint, hinzutreten. Verf. hat nun als drittes, für die Entstehung eines Magenkrebses auf dem Boden eines peptischen Ulkus sprechendes Zeichen in mehreren genau histologisch untersuchten Fällen gefunden, daß das junge, noch begrenzte Karzinom rings von dem breiten Wall des kallösen Schwielengewebes umgrenzt ist, ohne diesen durchbrechen zu können. Ist dieses Zeichen bei serienweiser Untersuchung nachzuweisen, so spricht das mit großer Sicherheit für ein Ulkuskarzinom. Jedoch ist „weder der Befund von Rasen dunkler Epithelien, noch von Epithelheterotopien ein sicheres Zeichen für eine bestehende Krebsentwicklung. Manchmal können starke Zellatypien darauf hinweisen, daß an einer anderen Stelle des Geschwürsrandes bereits Karzinomentwicklung besteht; doch gibt es Fälle von Ulkuskarzinom, in welchen in den krebsfreien Anteilen des Geschwürsrandes kein Anhaltspunkt für eine Tumorentwicklung in der Nachbarschaft erkennbar ist und in welchen nur eine möglichst ausgedehnte Untersuchung des Geschwürsrandes vor Fehldiagnosen schützt.

Erwin Christeller † (Berlin).

Die Vergiftungsgefahr durch Bleitetraäthyl, ist für die Automobilindustrie und sogar für die unbeteiligte Bevölkerung durchaus beachtenswert

(F. Heim de Balsac, F. Agassé-Lafont und A. Feil. L'intoxication par le tétraéthyle de plomb, antidétonnant pour automobiles. Progrès méd. 1928 Nr. 31 S. 1275.). Das $Pb(C_2H_5)_4$ wird gegen das „Klopfen“ des Motors benutzt, weil es die für die Explosibilität des Gasgemenges erforderliche Druckgrenze erhöht.

Nach seiner Herstellung wird es in ziemlich konzentrierter Lösung in Handel gebracht als sogenanntes flüssiges Äthyl. Bei beiden Bereitungen besteht Gelegenheit zu Vergiftungen. Diese Äthylflüssigkeit wird dem Öl im Verhältnis von 1:1000 oder 1400 zugesetzt. Auch durch Verspritzung und Einatmung in der Garage sind Gelegenheiten gegeben (vielleicht gehören hierher einige Fälle von „Benzinvergiftung", über die in letzter Zeit berichtet wurde? Ref.). Aber auch die Auspuffgase eines mit äthylhaltigem Öl fahrenden Wagens enthalten noch bleihaltige Verbrennungsprodukte, die eine der indirekten Gefährdungen des unglücklichen Fußgängers durch das Auto darstellen, wenn er der direkten Gefährdung entrinnt. Wenn die Vergiftung akut verläuft, eine häufig letal endende Verlaufsform, die wahrscheinlich häufiger ist, als man den durch eine interessierte Zensur gehenden Meldungen ansieht, so stehen die nervösen und Blutdrucksymptome im Vordergrund: Sinken des Blutdrucks, Aufregung, Delirien, Hyperthermie — keine Cyanose, keine Dyspnoe Tod oft unterm Bild eines Delirium tremens, günstigenfalls lange Rekonvaleszenz mit langdauernden Schwächezuständen. Bei der chronischen Form ist die Schlafstörung eine der ersten Klagen. Der verkürzte Schlaf wird durch Albdrücken qualvoll. Ferner gehören zum Bild Kopfschmerz, Hinfälligkeit, Tremor, Unterdruck, Untertemperatur, häufig Appetitlosigkeit, Übelkeit — der bloße Geruch der Noxe kann dann Erbrechen auslösen. — Blässe des Gesichts, Gewichtsverfall. Dagegen fehlen oder stehen im Hintergrund die klassischen Zeichen der Bleivergiftung, wie Bleisaum, Metallgeschmack, Bleikolik, Nephritis, basophile Tüpfelung — sie finden sich nur in 50 Proz. der Fälle. Dagegen sind die Bleiausscheidungen in Harn und Stuhl besonders hoch. Im Tierversuch finden sich kongestive Hyperämien besonders im Zentralnervensystem in den Lungen und im Verdauungstrakt. Diagnostisch ist beim häufigen Fehlen der Bleizeichen auf die Arbeitsbedingungen zu achten. Die chemische Analyse der Ausscheidungen, eventuell auch einer verdächtigen Flüssigkeit tritt ergänzend hinzu. Für die chronische Form ist die Entfernung aus dem Bereich der Noxe geboten, im akuten Fall wird gewarnt vor Opiaten und Chloral empfohlen Anregung der Herztätigkeit und der Diurese sowie Alkalizufuhr. Außer der Überwachung der Fabrikation ist die Belehrung des autofahrenden Publikums über die Gefahren nötig. Insbesondere muß die Ärzteschaft über das Gift Bescheid wissen. Fuld (Berlin).

Agglutinine und Agglutinogene.

Bei ihren Untersuchungen über die quantitativen Verhältnisse von Agglutininen und Agglutinogenen von Gesunden und Kranken kamen van der Spek und Kortbeek (Nederl. Tijdschr. Geneesk. Jahrg. 72 I. Hälfte S. 2048) hauptsächlich zu folgenden Ergebnissen: Die Blutgruppen bleiben konstant. Bei Gesunden bleibt auch die Agglutinabilität der Erythrozyten konstant, der Agglutinintiter des Serums zeigte geringe Veränderungen. Bei Krankheiten kann der Titer des Agglutinogens wie des Agglutinins sich sehr verändern. Anhaltspunkte für Diagnose oder Prognose ergaben sich dabei nicht. Enthält ein Serum zwei Agglutinine, dann haben deren Titer die Neigung, miteinander parallel zu laufen. Wenn bei einer Bluttransfusion auch der Titer des Serums von Geber und Empfänger bekannt ist, so kann man doch nichts vorhersagen über die Höhe des Titers nach der Transfusion. Wird Blut einer ungleichen aber verträglichen Gruppe transfundiert, so läßt sich das theoretisch unverträgliche Agglutinin nur sehr kurze Zeit im Empfängerblut nachweisen. Die Erythrozyten des Empfängers werden nicht agglutiniert. Dies soll auf der Bildung eines spezifischen Anti-Agglutinins beruhen. V. Lehmann (Schlachtensee).

---

4. Geburtshilfe und Frauenleiden.

Zur Bedeutung der Beckenmessung am seitlichen Umfang (Conjugata lateralis)

berichtet Johannes Körner-Breslau (Abtlg. f. Frauenkrankheiten und Geb. im Allerheiligen-Hospital: Asch) und kommt zu folgender, neuer Feststellung: Die rechtzeitige Erkennung einer Beckenverengung wird erleichtert und gefördert durch die Messung der Distanz zwischen Spina anterior und posterior superior derselben Seite. (Normalwert 14,5, und darüber). Ein Wert von 12,5 abwärts weist auf eine wesentliche Beckenverengung hin. Das als Conjugata lateralis bezeichnete Maß kann in seinen Verhältnissen zu den anderen Beckenmaßen auch zur Differenzierung der einzelnen Formen von „engem Becken" benutzt werden (Dtsch. med. Wschr. 1928 Nr. 24). Die Angaben des Verf. müßten an einem größeren Material nachgeprüft werden.

Geburtseinleitung bei Übertragung

ist von Franz Wittenbeck-Halle a. S. (Univ.-Frauenkl.: Nürnberger) eingehend geprüft worden (Zbl. Gynäk. 1928 Nr. 24). In Anlehnung an das Verfahren von Stein-New York konnte mit kleinen Mengen Hypophysenextrakt, zu denen gelegentlich noch Chinin verabreicht wurde, in 15 von 27 Fällen die Geburt eingeleitet werden. In 8 Fällen gelang es immer zu diesem Ziele zu kommen, wenn nach Frigyesi die Blase gesprengt und je 0,5 g Chinin dihydrochl. carbamidat. intravenös und intramuskulär injiziert wurden. Ebenso führte ein Versuch zum Erfolg, bei dem die Blase gesprengt und kleine Mengen Hypophysin verabfolgt wurden. Bei beiden Methoden traten nie Schädigungen des Kindes oder der Mutter auf. Doch ist immer zunächst von dem rein medikamentösen Verfahren Gebrauch zu machen. Nur bei Pat., bei denen diese

Methode versagt, darf zur Blasensprengung und Anwendung von Wehenmitteln gegriffen werden. Bei schleppendem Geburtsbeginn in der Eröffnungsperiode und vorzeitigem Blasensprung konnten sowohl mit der Injektion besonders kleiner Mengen Hypophysenextrakt, wie auch mit intravenöser und intramuskulärer Chininanwendung die Wehen kräftig in Gang gebracht werden. Schädigungen von Mutter und Kind hierdurch wurden nicht beobachtet. Bei fiebernden Kreißenden in der Eröffnungsperiode hatten diese Methoden der Wehenerregung wenig oder gar keinen Erfolg.

Die Bedeutung der Kontrastdarstellung der weiblichen Genitalien für die praktische Diagnostik

erörtert Günter K. F. Schultze-Berlin (Univ.-Frauenkl.: Stoeckel) und gibt dazu eine Reihe ausgezeichneter Abbildungen. Ref. rät den Kollegen diese Abbildungen im Original zu studieren, damit sie sehen, wie weit diese Methode bereits vorgeschritten ist. Voraussetzung für eine differentialdiagnostische Verwertung der Bilder ist eine gründliche Kenntnis der Grundlagen des Verfahrens, insbesondere der durch die Methodik und durch physiologische Abweichungen erzeugten Schwankungsbreite der Bildform des Genitales. Für die Tumordiagnostik und damit im Zusammenhang stehende therapeutische Fragen wird gelegentlich in Sonderfällen ein Vorteil zu erzielen sein. Neue, mit anderen Methoden nicht zu erreichende diagnostische Möglichkeiten aber bietet das Verfahren auf dem Gebiet der chronischen Adnexentzündung; hier wird sich sein praktischer Wert zu erweisen haben.

Zur Therapie der entzündlichen Adnexerkrankungen

empfiehlt Heinrich Ziegeler-Berlin (Geb.-Gyn-Abt. d. Rud. Virchow-Krkhs: Stickel) Ester-Dermasan-Ovula (Med. Klin. 1927 Nr. 46) und ist der Meinung, daß wir für die Behandlung der subakuten und chronischen Adnexentzündungen — Adnextumoren — als Unterstützung für die physikalische Therapie in den Ester-Dermasan-Ovula ein Präparat haben, das eine schnelle Abnahme der Beschwerden bewirkt, den lokalen Befund gut beeinflußt und dabei den Vorzug der Reinlichkeit bei bequemer Anwendung hat. Besonders hervorgehoben mag noch werden, daß Verf. bisher rund 50 Fälle in der beschriebenen Weise mit Ester-Dermasan-Ovula behandelt hat, und daß es sich dabei um rein klinische Feststellungen handelt.

Röntgendiagnose der Anencephalie bei Hydramnion

ist von H. Naujoks-Marburg a. d. L. (Univ.-Frauenkl.: E. Kehrer) gemacht worden (Zbl. Gynäk. 1928 Nr. 29). Er kommt zu folgendem Schluß: Bei einem Hydramnion mit stärkeren Beschwerden ist grundsätzlich eine Röntgenaufnahme zu fordern, damit eine Mißbildung, mit der in einem größeren Prozentsatz der Fälle zu rechnen ist, frühzeitig erkannt und die Frau von der lebensunfähigen Frucht baldmöglichst befreit werden kann. Auf der Abteilung des Ref. werden derartige Aufnahmen bereits seit längerer Zeit in jedem zweifelhaften Fall gemacht und haben immer tadellosen Aufschluß gegeben. Ref. kann daher die Forderung des Verf. nur dringend unterstützen.

Die Serodiagnose der Gonorrhoe des Weibes

haben J. Hotta und J. Schwarz (Abt. f. Gyn. d. allg. Polikl.-Wien: Bucura u. Staatl. Serumkontrollstation: Busson) geprüft (Zbl. Gynäk. 1928 Nr. 29) und kommen zu dem Schluß, daß der serologische Nachweis der Gonorrhöe beim Weibe mit inaktivem Krankenserum sich als ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel erweist und der mit aktivem Patientenserum erheblich überlegen ist.

Abel (Berlin).

Aus den Grenzgebieten.

Zur Frage der Telepathie.

Von

Dr. med. **Theodor Weiß** in Dresden.

Nachdem die Frage der Telepathie in einem Aufsatz der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1928 Nr. 10 betitelt: „Ist Telepathie durch Wellenbewegungen nach Art der Radiowellen erklärbar?“, angeschnitten worden ist, dürften vielleicht einige Beobachtungen interessieren, die ich im Verlaufe der letzten Jahre gemacht habe und die zur Klärung des fraglichen Gebietes beitragen können.

Ausgehend von gleichen Gedanken, wie sie Geh. Rat Moll in dem erwähnten Artikel darlegt, habe ich versucht, Mitteilungen von Vorahnungen und telepathischen Phänomenen zu bekommen, bevor sie eingetroffen sind, resp. von der betreffenden Person, die sie geäußert hatte, selbst nachkontrolliert werden konnten. Dabei hat sich gezeigt, daß häufig Erscheinungen oder Gedanken auftreten, die zwar so aufdringlich sind, daß sie dem betreffenden Individuum als Hinweis auf Fernes oder Zukünftiges deutlich zum Bewußtsein kommen und ihm eventuell einen heftigen Schreck einjagen, die aber dann nicht eintreten und restlos — auch von dritten Personen — vergessen werden, wenn sie nicht sofort schriftlich fixiert und nachkontrolliert werden.

1. Am 16. Juli 1920 teilte mir ein bekannter Buchhändler, der von der Möglichkeit von Vorahnungen überzeugt war, auf Grund einer

früheren Vereinbarung mit, er habe intensiv gefühlt, daß ihm ein (bestimmter) Bekannter sein Bild schicken werde. Ich notierte diese Angabe sofort und legte den Zettel zu meiner Sammlung. Das Interessante war nun, daß wir beide die Angelegenheit restlos vergaßen, und daß ich erst wieder daran erinnert wurde, als ich den Zettel wieder zufällig einmal in die Hände bekam. Eine Nachfrage am 26. Oktober 1920 ergab, daß die Vorahnung nicht eingetroffen war.

2. 25. Oktober 1920 erzählte mir ein Bekannter, in seinem Heimatort habe der Köhler dem Förster baldigen Tod angekündigt („dem sitzt der Tod im Nacken"). Der Förster hatte einen Wilddieb blind geschossen und war wegen Nachstellungen von seiten der Wilderer bereits zweimal versetzt worden. 13. Januar 1921 wurde mir mitgeteilt, daß es dem Förster gut ginge.

3. 6. Januar 1922 20¼ Uhr fiel meines Onkels Bild ohne ersichtliche Ursache von dem gewohnten Platz. Schriftliche Anfrage ergab, daß der Onkel an dem fraglichen Abend wohlauf in einem Gasthaus gesessen und auch nicht an Familienangelegenheiten gedacht hat. Mai 1928 geht es dem Onkel noch sehr gut.

4. Nach einem Vortrag über okkulte Phänomene im November 1919 nahm ich mir, damals noch etwas befangen von dem Gehörten, sehr intensiv vor, früh ½7 Uhr aufzuwachen (etwa ½ Stunde eher, als ich sonst aufzustehen pflegte). Am nächsten Morgen fuhr ich aus dem Schlaf auf, weil eben die Armbanduhr, die unter meinem Kopfe lag, zu ticken aufgehört hatte. Sofortige Kontrolle zeigte, daß die Uhr auf ½—¾ Minuten nach ½7 Uhr stand. Nach dem sofort erfolgten Anziehen, das etwa 5 Minuten zu dauern pflegte, zeigte die Uhr meiner Wirtin 5 Minuten nach ½7 Uhr, so daß anzunehmen war, daß die Uhr wirklich in dem Augenblick stehen geblieben war, in dem mir der Geräuschausfall zum Bewußtsein gekommen war. Die Uhr war übrigens abgelaufen. Das merkwürdige Zusammentreffen ist wohl nur als Zufall zu erklären. Hätte es sich statt um ein Uhrwerk um einen anderen Menschen gehandelt, so hätte man eine Fernwirkung schwerlich ausschließen mögen.

5. Am 3. Mai 1923 wurde mir von meiner in Dresden wohnenden Schwester mitgeteilt, daß sie in der vorhergehenden Nacht gegen 3 Uhr von 3 deutlichen Schlägen, die aus der Gegend der Tür herzukommen schienen, aufgewacht sei. Sie habe sich geängstigt und speziell an Mutters Tod gedacht (die in Freiberg lebt). Mutter ist noch Mai 1928 gesund, auch in der Zwischenzeit nicht ernstlich krank gewesen. 6. Mai 1923 starb ein entfernter Vetter, dessen schwere Krankheit bekannt war und dessen Tod nicht besonders nahe ging[1]).

[1]) Charakteristisch ist, daß Mai 1928 meine Schwester sich an den ganzen von mir damals notierten Vorgang überhaupt nicht mehr genau erinnern kann!

Bei meinen bisherigen Beobachtungen in dem oben angegebenn Sinne habe ich bis jetzt noch nicht erlebt, daß eine Vorahnung in Erfüllung ging oder sich telepathische Vorgänge nachweisen ließen. Auch von Hellsehern und sonstigen Okkultisten, die okkulte Phänomene produzieren zu können behaupteten, habe ich trotz eifriger diesbezüglicher Bemühungen noch nie eine Probe ihrer Leistungsfähigkeit erhalten können.

Die aus meiner Sammlung angeführten 15 Fälle mögen genügen, um zu zeigen, wie leicht angebliche Vorahnungen in Vergessenheit geraten und wie kritisch und vorsichtig man bei der Beurteilung okkulter Vorgänge zu Werke gehen muß. Wenn die Beispiele natürlich auch nicht die Unmöglichkeit derartiger okkulter Phänomene unter Umgehung der üblichen Sinneswerkzeuge beweisen, so zeigen sie doch eine Erklärungsmöglichkeit für eine große Reihe telepathischer Vorgänge, Vorahnungen usw. Von den vielen Gedanken, die einem Menschen im Laufe des Tages durch den Kopf gehen, sind eine große Zahl solcher, die sich mit fernen oder zukünftigen Dingen beschäftigen. Von diesen müssen einige rein der Wahrscheinlichkeit nach den zukünftigen oder fernen Ereignissen entsprechen. Während die nicht zutreffenden restlos vergessen werden, wenn sie nicht schriftlich fixiert sind, werden die zufällig eintreffenden im Gedächtnis behalten und mangels genügender Fixierung nachträglich durch Erinnerungstäuschungen noch geändert und der Wirklichkeit adaptiert.

Die Häufigkeit telepathischer Phänomene und Vorahnungen gerade im Krieg ist deshalb zwanglos so zu erklären, daß es infolge erhöhter Gefährdung der Soldaten sehr oft passierte, daß die mehr oder weniger bewußten Befürchtungen der Angehörigen den Tatsachen entsprachen. Darüber, wie oft derartige Befürchtungen nicht zutrafen, kann man sich gar kein Urteil verschaffen. Sicher war das aber außerordentlich häufig.

Berichte der Art, wie Dr. Lauermann sie bringt, sind meines Erachtens deshalb vollkommen wertlos. Bevor man sich mit Erklärungsversuchen der Telepathie befaßt, muß deren Existenz erst an einer genügenden Zahl (die die Wahrscheinlichkeit der möglichen Zufallstreffer weit übersteigt) von Beobachtungen einwandfrei sichergestellt sein, was nach meinem und anderer Urteil bis jetzt noch nicht der Fall ist. (Siehe besonders Dessoir, vom Jenseits der Seele, Verlag Ferdinand Enke.)

Außerordentlich dankbar würde ich es begrüßen, wenn meine Sammlung durch Beitrage aus dem Leserkreis dieser Zeitschrift bereichert würde. Ich sammle Mitteilung von Vorahnungen oder telepathischen Phänomenen, deren Richtigkeit später objektiv nachgeprüft werden kann, die aber zur Zeit der Mitteilung noch nicht kontrolliert sind. Geeignete Beiträge bitte ich freundlichst an mich, Dr. Weiß, Dresden, Feldherrnstaße 58 I, senden zu wollen.

Ärztliche Rechtskunde.

1. Chronische Bleivergiftungserkrankung als Betriebsunfall.

Mitgeteilt von
Senatspräsident Dr. **Wiegand** in Berlin-Lichterfelde.

Über die Entschädigung einer chronischen Bleivergiftungserkrankung als Betriebsunfall nach der Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten vom 12. Mai 1925 (Reichsgesetzbl. I S. 61).

Der Hüttenarbeiter G. war bereits vom 28. Dezember 1924 bis zum 18. Januar 1925 an Bleikolik infolge chronischer Bleivergiftung erkrankt. Im Januar 1926 erkrankte er wieder an Darmkolik. Seinen auf die Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten vom 12. Mai 1925 gestützten Antrag auf Entschädigung lehnte die Berufsgenossenschaft ab, weil G. schon vor dem 1. Juli 1925 an chronischer Bleivergiftung erkrankt gewesen und die an diesem Tage in Kraft getretene Verordnung auf die vorhandene alte chronische Bleikrankheit nicht anwendbar sei. Auf seinen Rekurs hat das Reichsversicherungsamt durch Urteil vom 3. Februar 1927 — Ia 3320. 26 das angefochtene Urteil des Oberversicherungsamts im wesentlichen mit folgender Begründung aufgehoben:

Nach § 5 Abs. 2 der Verordnung vom 12. Mai 1925 gilt als Zeitpunkt des Unfalls der Beginn der Krankheit im Sinne der Krankenversicherung. Danach beginnt die Krankheit in dem Augenblicke, wo entweder zuerst ärztliche Behandlung, Arznei oder Heilmittel objektiv erforderlich werden oder Arbeitsunfähigkeit eintritt (zu vergl. Hoffmann, Kommentar zum Zweiten Buche der Reichsversicherungsordnung, 6. Aufl., Anm. 4 zu § 182). Dabei ist aber zu beachten, daß bei chronischen Krankheiten verschiedene Krankheitsfälle nacheinander im Sinne der Krankenversicherung vorliegen können, obwohl es sich im medizinischen Sinne um dieselbe Krankheit handelt. Eine neue Krankheit beginnt bei chronischen Leiden, wenn zwischen der Beendigung der Krankheit, d. h. nachdem die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung weggefallen oder die durch den anormalen pathologischen Zustand herbeigeführte Arbeitsunfähigkeit aufgehört hat, und der neuen Erkrankung ein, wenn auch nur kurzer Zwischenraum liegt, in dem weder eine Heilbehandlung notwendig war noch Arbeitsunfähigkeit vorlag (zu vergl. Hoffmann a. a. O. und Kommentar von Curschmann-Krohn Anm. 2 zu § 13 der Verordnung vom 12. Mai 1925). Die Vorinstanzen hätten danach zu prüfen gehabt, ob etwa diese Voraussetzungen bei dem Kläger gegeben sind, und, da auch die bisher gehörten ärztlichen Gutachter die entscheidende Frage nicht erörtert haben, durch Beauftragung eines geeigneten ärztlichen Gutachters feststellen sollen, ob die Wiedererkrankung, die im Januar 1926 eingetreten ist, als neue Erkrankung im Sinne der Krankenversicherung anzusehen ist.

---

2. Unglaublich leichtfertige Behandlung Krebskranker durch einen Magnetopathen.

Der in Köthen bei Dessau praktizierende Magnetopath Jänicke behandelte auf Grund der Augendiagnose im Herbst 1926 eine Frau G., die an einer rechtsseitigen Brustvereiterung litt. Die Behandlung bestand hauptsächlich in diätetischen Anordnungen. Als sich nach einjähriger Behandlung der Zustand der Patientin verschlimmerte, indem die Brustvereiterung auf die Lymphdrüsen der Achselhöhlen übergriff, erkannte J., daß es sich um eine im fortgeschrittenen Stadium befindliche Krebserkrankung handelte. Gleichwohl übernahm er die Weiterbehandlung, ohne einen ordentlichen Arzt beizuziehen, was die Patientin an und für sich aus Furcht vor einer Operation ablehnte. In rascher Folge griff nun die Krebsgeschwulst durch die verfehlte Behandlung auch auf die linke Brust über. Endlich hielt es J. für angezeigt, einen ordentlichen Arzt hinzuzuziehen, der die Frau sofort der Universitätsklinik in Halle a. S. überwies. Trotz der Hoffnungslosigkeit des Falles gelang es hier, durch Tiefenbestrahlung die Frau am Leben zu erhalten. — Wegen fahrlässiger Körperverletzung wurde der Magnetopath J. vom Landgericht Dessau am 23. April 1928 gemäß 230 Abs. 1 und 2 StGB. zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt. Die vom Angeklagten gegen dieses Urteil beim Reichsgericht eingelegte Revision wurde jetzt vom 1. Strafsenat mit folgender Begründung verworfen: Kraft seines Berufes mußte der Angeklagte erkennen, daß die Behandlung des Krebsleidens der Patientin nicht in seiner Macht stand. Dadurch, daß er in Kenntnis der Unzulänglichkeit seiner Mittel die Behandlung übernahm, machte er sich leichtfertig der fahrlässigen Körperverletzung schuldig. Durch die verfehlte Behandlung verursachte der Angeklagte den heutigen Zustand der Patientin, der einem chirurgischen Eingriff nicht mehr zugänglich ist, obwohl die Frau nach dem Gutachten des Prof. Dr. Völker (Halle a. S.) bei sachgemäßer Behandlung mit größter Wahrscheinlichkeit auf die Dauer von 5 Jahren von dem Krebsleiden befreit worden wäre. Die Steigerung und Verschlimmerung der Krankheit, die durch das Hinhalten des Angeklagten entstand, ist eine Körperverletzung im Sinne des Gesetzes. (Aus den „Reichsgerichtsbriefen".)

K. M.-L.

Auswärtige Briefe.

Brünner Brief.

Von

Dr. I. **Saudek** in Brünn.

Die Landeshauptstadt von Mähren und zweitgrößte Stadt der Tschechoslowakei galt zu Zeiten der alten Monarchie fast ausschließlich als Handels- und Industriestadt und wurde mit Rücksicht auf die besondere Pflege der Textilindustrie mit dem nicht unzutreffenden Namen des österreichischen Manchesters geehrt. In kultureller Hinsicht strahlte ihr Stern in schwächerem Lichte, wiewohl mancher leuchtende Name auf dem Gebiete der Kunst und Wissenschaft von hier seinen Aufstieg nahm.

Der Staatsumsturz bedeutete für Brünn einen sehr wesentlichen Aufschwung auf vielen Gebieten. Aus der vorwiegend wirtschaftlich hervorragenden Stadt ist nun auch ein Kulturzentrum von nicht zu unterschätzender Bedeutung geworden. Zu den beiden bereits bestehenden Hochschulen gesellten sich drei neue, eine mit vier weltlichen Fakultäten versehene Universität, nach dem Staatsbegründer Masarykuniversität genannt, und eine tierarzneiliche, die einzige der Republik, nebst einer im großen Stil errichteten landwirtschaftlichen Hochschule.

Die medizinische Fakultät wurde ebenso wie die tierarzneiliche binnen weniger Jahre voll besetzt. Eine ganz stattliche Anzahl von neuhabilitierten Dozenten, z. B. an der trefflich geleiteten chirurgischen Klinik, sorgt für den akademischen Nachwuchs. Die größten Verdienste um die sehr zweckmäßige Einrichtung beider Hochschulen hat der ausgezeichnete Physiolog Prof. Babák, ein Mann von wahrhaft europäischem Formate, gleich bedeutend als Forscher, wie als trefflicher Organisator. Leider hat diesen bedeutenden Mann vor zwei Jahren ein tragisches Schicksal im Alter von 52 Jahren seiner segensreichen Tätigkeit entrissen. Die besten Voraussetzungen fanden die klinischen Fächer in einem sehr gut eingerichteten Landeskrankenhause mit einem geradezu grandiosen Krankenmateriale, das seinerzeit in sehr wesentlichem Maße zu der berühmt reichen Wiener Kasuistik beitrug. Auch darin ist die Republik zum glücklichen Erben der alten Monarchie geworden. Die vergrößerten und mit allem modernen Komfort ausgestatteten Abteilungen dienen als Kliniken dem Unterrichte und sind noch durch andere außerhalb der Universitäten stehende Stationen ergänzt, so die prächtige chirurgische Station des Albertschülers Bakeš. Desgleichen sind im Landeskrankenhause eine größere interne und chirurgische Abteilung unter der Leitung deutscher Vorstände mit zum großen Teile deutschem Ärztepersonal besetzt. Der wissenschaftlichen Aussprache dienen ein deutscher und ein tschechischer Ärzteverein, eine tschechische biologische Gesellschaft zur Erörterung theoretischer Fragen, ein tschechischer naturwissenschaftlicher Klub und der historische naturforschende Verein, in dem vor Jahrzehnten Mendel seine epochalen Entdeckungen mitteilte und publizierte. Das Andenken des naturwissenschaftlichen Genies im Priestergewande wird von beiden Nationen hochgehalten und der von ihm gepflanzte Baum der Erkenntnis treibt neue Blüten insbesondere auf dem Gebiete botanischer Hybridenforschung.

Ein minder erfreuliches Kapitel bildet der wirtschaftlich soziale Niedergang des früher hochangesehenen und gutsituierten Ärztestandes in grellem Gegensatze zum Aufstiege aller anderen, auch der akademischen Stände. Daran trägt schon die rapide Vermehrung des ärztlichen Nachwuchses Schuld. Vier tschechoslowakische Universitäten, die erwähnte tschechische in Brünn, eine tschechische und eine deutsche in Prag, eine slowakische in Bratislava-Preßburg, die Erbin einer kurz vor dem Kriege gegründeten ungarischen, entsenden jährlich eine sehr große Anzahl Mediziner, welche hauptsächlich dem Zuge der Zeit folgend, den größeren Städten zustrebend, hart um eine würdige Ernährungsmöglichkeit zu kämpfen haben. In den größeren Städten hat sich die Zahl der Ärzte, insbesondere der Spezialärzte, mehr als verdreifacht. Der Zuzug in die relativ noch aufnahmsfähigere Slowakei ist infolge der östlichen, in kultureller Hinsicht weniger lockenden Verhältnisse ein wesentlich geringerer. Hierzu kommt, daß der frühere Abfluß nach dem nahen Wien und den anderen österreichischen Ländern infolge verschärfter nostrifikatorischer Bestimmungen ganz unmöglich geworden ist.

Den stärksten Druck auf die wirtschaftlichen Verhältnisse der jungen und älteren Ärzte übt aber eine im letzten Dezennium rapid entwickelte Sozialisierung aus. Zu den Arbeiterkrankenkassen, welche als die ältesten und bestorganisierten den Ärzten eine den obwaltenden Umständen entsprechende und erträglich entlohnte Betätigung boten, gesellten sich zahlreiche Beamten- und Angestelltenkrankenkassen, hier Krankenversicherungen genannt. Seit zwei Jahren besteht ein vom Staate begründeter Heilfond, welcher alle öffentlichen Angestellten mit Familie bis zu den höchsten Rangstufen umfaßt. So ist derzeit 85 Proz. der Gesamtbevölkerung in Krankenversicherungen untergebracht und der dreifachen Ärztezahl bleiben nur 15 Proz. der nicht immer solventen Bevölkerung für die privatärztliche Tätigkeit übrig. Wie fast überall, wurde die Ärzteschaft gar nicht oder sehr wenig bei Begründung der Kassen um Rat befragt und auch in ihren Lebensbedingungen wenig beachtet. Es besteht nirgendwo eine Beschränkung der Krankenkassenversicherung nach der Einkommengrenze. Die Honorarsätze bei den Kassen mit freier Ärztewahl, welche auch mehr in der

Theorie angenommen, als in der Praxis konsequent durchgeführt wird, sind sehr niedrige, höchstens eine Mark für die Ordination, zwei Mark für eine Hausvisite und Spezialärzte. Noch drückender wirkt, daß alle außergewöhnlichen höhertaxierten diagnostischen und therapeutischen Vornahmen, wie Blutentnahme, Injektionen, Bestrahlungen, ja selbst Augenspiegelungen, einer besonderen Bewilligung von seiten der Krankenkassen benötigen, bei den meisten Versicherungen sogar die Konsultation der Spezialärzte. Manche Kassen sind betreffs Kontrolle zu den Ärzten liberal, so die Gremialkassa der Handelsangestellten, andere pedantisch streng und engherzig. Die Kontrolle der Ärzte ist straff, die der Kassen fehlt. Eine gewisse Kompensation bildet in Brünn das Zuströmen der Landbevölkerung in die Stadt. Die sehr gutmütige ländliche Bewohnerschaft bringt dem Arzte großes Vertrauen entgegen und gestaltet das Verhältnis zwischen Arzt und Klient durch Wahrung eines gefühlsmäßigen Tones zu einem erfreulichen. Die wohlhabende deutsche Bevölkerung fühlt sich einer alten Tradition folgend noch immer nach Wien hingezogen, so daß Konsultationsreisen nach Wien und konsultative Berufung von Wiener Koryphäen sehr häufig sind.

Die ärztlichen Organisationen, national gegliedert, arbeiten paritätisch, wie überhaupt es zwischen Ärzten kaum je zu nationalen Reibungen kommt. Trotz dieser, in völkischer Hinsicht erfreulichen Eintracht ist die Ärzteschaft in anderen Punkten uneinig, oft im Gegensatze zu einem hier im Volkscharakter wurzelnden demokratischen Empfinden. Die Errungenschaften der Schutzorganisationen sind sehr geringe und beschränken sich auf Abhandeln drastisch niedriger Tarifsätze und schwache Linderungen der von oben oktroyierten drückendsten Beschränkungen. Medizinisches Sektentum ist hier kaum angedeutet, auch die Homöopathie hat wenig Anhänger. Das gesetzlich verbotene Kurpfuschertum ist außer auf wenigen Gebieten wie z. B. der vielen geduldeten Schönheitsinstitute fast unbekannt. Die Lage der Ärzte in der Tschechoslowakei ist eine ernste. Bei größerer ärztlicher Eintracht und Festigkeit in Verfechtung gerechter Forderungen wäre wohl eine wesentliche Besserung zu erwarten.

Kongresse.

Fünfte Tagung des Wohlfahrtsverbandes

in München vom 26. bis 28. September.

Bericht von

Dr. **Julian Marcuse.**

Die außerordentlich zahlreich besuchte fünfte Tagung des Wohlfahrtsverbandes, die unter der Leitung von Prof. Langstein (Berlin) stand, wurde durch einen Vortrag von Prof. Friedrich v. Müller über „Krankenkost und Krankenhauskost" eingeleitet. In der ihm eigenen klaren und tiefgründigen Form gab er ein Bild von der Bedeutung der Nahrung für den Körperhaushalt, vom Grundumsatz, den jedes lebende Wesen zur Erhaltung von Stoff und Kraft beansprucht, von dessen Verschiebungen nach oben oder auch nach unten, je nachdem es sich um gesteigerte Leistungsfähigkeit oder um deren Herabsetzung in krankhaften Zuständen handelt. Zu diesen physiologisch grundlegenden Bedingnissen tritt nun durch unbewußte Vorstellungen, Instinkte, Geschmacksempfindungen — eine Anpassung an den Nahrungsverbrauch durch den Appetit hinzu, der sowohl die Art und Form der Nahrungsaufnahme wie auch deren Ausnutzung im Körperhaushalt regelt. Daher spielt die Appetitanregung bei jeder Nahrungszufuhr eine entscheidende Rolle, besonders dort wo einmal die Auswahl der Speisen nicht in eigener freier Wahl liegt, und wo weiterhin durch krankhafte Prozesse die Eßlust gestört oder aufgehoben ist. Diese Gesichtspunkte müssen vor allem bei der Krankenhauskost, soll sie ihren Zwecken — Ernährung, Kräftigung und Heilung — gerecht werden, beachtet werden, daher ist folgendes bei ihr zu beachten: Sie muß schmackhaft sein und muß einladend gereicht werden, sie muß den Essensgewohnheiten des Landes und der Bevölkerung angepaßt, sie darf nicht eintönig und lieblos, sondern muß im Gegenteil abwechslungsreich und schemafrei sein. Sie soll alle jene Nahrungsstoffe, auch die Salze und Vitamine, enthalten, die zur Aufrechterhaltung bzw. zum Wiederersatz der Kräfte notwendig sind und auch jene Beistoffe, deren Fehlen zu ernsten Störungen Veranlassung geben kann. Nach wie vor bildet die Milch eines der wichtigsten Heilnahrungsmittel entweder pur oder in Verbindung mit anderen Nahrungsmitteln. Ferner sind Mehlspeisen mannigfachster Art, wie Nudeln, Makkaroni, Knödel, Reis- und Griesspeisen, Brotsuppen u. a. mehr, sowie Kartoffeln zu verwenden, frisches Obst und frische Gemüse als Träger der Vitamine heranzuziehen. Was das Eiweiß anlangt, so hat sich gezeigt, daß der Körper auch bei kleinen Eiweißmengen ernährt werden kann, dagegen bleibt es noch zweifelhaft, ob ein Eiweißminimum von 30—40 g ausreicht. In den Münchener Krankenhäusern werden mittags täglich je 100 g, abends dreimal wöchentlich je 70 g Fleisch gereicht, im Einklang mit dem gerade hier sehr stark sich geltend machenden Fleischbedürfnis. Bei Nieren-, Gicht-, Zucker- und Magenkranken mit Säureüberschuß ist dagegen die Fleischnahrung schädlich. Von den Platten sind die tierischen gegenüber den pflanzlichen frei von lebenswichtigen Vitaminen. Aus den

Rubnerschen Untersuchungen kennen wir den gegenseitigen Ersatz der einzelnen Nahrungsstoffe untereinander; die Bevorzugung der Kohlehydrate in der Krankenhauskost dient daher zugleich der Eiweißersparung. Nächst dem energetischen Standpunkt in der Kostfrage ist aber auch der appetitfördernde zu berücksichtigen und in der Beigabe diesbezüglicher Zustoffe wie der Zubereitung der Speisen zu berücksichtigen. So lehnt der Geschmack instinktiv in Dampf zubereitete Speisen ab; zu langes Kochen setzt zwar den Nahrungswert nicht herab, aber deren Vitamingehalt, und wenn letzterer auch nicht ausschlaggebend ist, so muß er doch beobachtet werden. Kurzes Kochen und weiteres Verweilen der Speisen auf dem Herd ist daher am wirksamsten. Die Rohkost hat sich bei gewissen Formen von Herz- und Nierenkrankheiten bewährt und zwar als hunger- und salzarme Kost, in der Arbeit und als Nahrung in Speiseanstalten ist sie unzureichend. Alle diätetischen Kostformen erfordern besondere Aufmerksamkeit und Kenntnisse, daher ist die Errichtung von Diätküchen bei Massenspeisungen eine zwingende Forderung. Da ansteckende Krankheiten nicht selten durch Eßgeschirre übertragen werden, ist auf sorgfältigste Reinigung dieser wie auch der Trinkgeschirre zu achten, in Krankenhäusern erfolgt das am wirksamsten durch Auskochen in strömendem Dampf. Was schließlich alkoholische Getränke in der Krankenhauskost anbetrifft, so sind dieselben nur aus besonderen Gründen zu verabreichen, sie sind nützlich bei appetitlosen Kranken und zur Hebung der Stimmung.

In der sich anschließenden Aussprache wies Prof. Faßbender (Berlin) darauf hin, daß die Frage der Ernährung nicht einseitig in den Händen der Wirtschaftsleitung der Krankenhäuser liegen dürfe, sondern unter Mitwirkung der Ärzte gestaltet werden müsse, daß ferner das ärztliche Bildungswesen an den Universitäten durch Berücksichtigung der Ernährungstherapie ergänzt werden müsse. Er erwähnte weiterhin die Bildung von Fachnormenausschüssen behufs sachgemäßer Prüfung von Konserven wie aller in der Industrie hergestellten Nahrungsmittelprodukte. Prof. Kerschensteiner (München) mißt der Einführung von Diätküchen außer ihrer Funktion als Speisezubereitungsmaßnahmen auch der von Ausbildungsstätten für das heranzuziehende Pflegepersonal bei.

Als zweiter Referent sprach Prof. Schloßmann (Düsseldorf) über „Die Alten, ein Kapitel des Undanks". Seine geistvollen, mit einer Fülle von dichterischen und philosophischen Sentenzen ausgekleideten Darlegungen bewegten sich in folgendem: Gehen die Bestrebungen der Sozialhygiene dahin, die Schädigungen des Berufs von den Trägern der Arbeit fernzuhalten da, wo dieselben auftreten, sie so rasch als möglich zur Heilung zu bringen, so müssen alle Wohlfahrtsbestrebungen als Ziel das Wohl der Volksgemeinschaft im ganzen haben. Der Eintritt des Alterns hängt von den Umständen ab, von der Konstitution, von Krankheiten, die degenerativ wirken und schließlich von der Lebensführung. Durch soziale und hygienische Maßnahmen ist man imstande, das menschliche Leben im Durchschnitt zu verlängern, so gab es in Deutschland 1925 zwei Millionen Menschen mehr, die das 60. Jahr überschritten hatten, wie 1910. Fürsorge für die Alten ist daher eine Pflicht, der sich kein kultureller Staat entziehen darf.

Diese Ausführungen ergänzte wirksam im Sinne praktischer Nothilfe durch Errichtung von Altersheimen und ähnlichen Einrichtungen die Begründerin des Münchener Altersheim, Frau Stadtrat Kieselbach.

Geschichte der Medizin.

Medizinische Karikaturen.

Zu allen Zeiten hat jede neuaufkommende Lehre, Behandlungsmethode, Bewegung oder Mode in der medizinischen Wissenschaft zunächst einmal heftige Abwehrmaßnahmen, scharfe Kritik, oft Hohn und Spott, über sich ergehen lassen müssen. Oft ist dann aber, wenn die ersten Übertreibungen und Auswüchse solcher neuen Gedanken überwunden waren, ein guter und gesunder Kern als bleibender Bestandteil in den Schatz der wissenschaftlichen Erkenntnisse übergegangen und, nachdem die Anfeindungen und Beschimpfungen der ersten Zeit vergessen waren, ist es der nächsten Generation Selbstverständlichkeit, was ihre Väter und Großväter als unmöglich ansehen. — Aus unserer Zeit brauchen wir ja nur an das Aufsehen zu erinnern, was die Steinachsche Verjüngung, die Freudsche Psychotherapie und die Couésche Autosuggestionslehre hervorriefen. Heute sind diese zunächst die öffentliche Meinung heftig erregenden neuen Gedanken, längst der Laiendiskussion entzogen, Gegenstand ernster wissenschaftlicher Forschungen, die letzten Endes klären wird, was an allen diesen Dingen echt und gut ist.

Stets hat sich der Witz und die Karikatur mit Vorliebe solcher Probleme bemächtigt. Es sei nur erinnert an die reichlich bekannten Kuhbilder, mit denen die geniale Entdeckung Jenners bei der Kuhpockenimpfung verfolgt und derartig verhöhnt wurde, daß tatsächlich eine fühlbare Ablehnung und Abneigung der Wissenschaft und der Laien gegen die Kuhpockenimpfung erzielt wurde, so daß sogar die Verschlechterung mit der sogenannten „humanisierten" Lymphe als Konzession an diese Abneigung gegen die reine Kälberlymphe eine Zeitlang das Feld beherrschte.



Fig. 1.



Fig. 3.



Fig. 2.



Fig. 4.

Das Kaiserin Friedrich-Haus besitzt in seiner staatlichen Sammlung ärztlicher Lehrmittel unter den Hunderten von Bildtafeln auch äußerst instruktive zeitgenössische Karikaturen, die eine lebendige Illustration davon geben, wie diese zum Teil heute noch anerkannten, zum Teil längst vergessenen Heilmethoden zur Zeit ihres Entstehens begriffen wurden.

Unser 1. Bild stammt aus Messmers Zeit. Damals wurde die Hypnose ja unter dem irreführenden Namen „tierischer Magnetismus" von den in Irrtümern und falschen Schlußfolgerungen gefangenen Verfechtern dieser neuen Entdeckung propagiert, und der Laie stellte sich natürlich etwas noch Falscheres darunter vor als jener Quacksalber Messmer. So finden wir denn bei der überwiegenden Zahl aller bildlichen Darstellungen von Hypnose aus jener Zeit irgendwelche Bezugnahme auf das Tier. Auch unser Bild, das die vielsagende Unterschrift trägt „Eine ernste Beschäftigung für tiefe Denker und gläubige Gemüter" charakterisiert den, der sich aktiv mit Hypnose beschäftigt, als einen Esel und jenen, der sie über sich ergehen läßt, als ein Schaf. Dieses Bild ist sicher etwa 100 Jahre alt. Die heutige Generation von Ärzten wird es aber kaum glauben, daß noch Ende der 90er Jahre des vorigen Jahrhunderts die Anschauungen im Durchschnitt nicht viel anders waren, während wir heute doch zweifellos auf dem Standpunkt stehen, daß die Hypnose, vom gut ausgebildeten Fachmann an einem verständigen und willigen Patienten durchgeführt, ein wertvolles und erfolgversprechendes Hilfsmittel in der Therapie geworden ist.



Fig. 5.

Während die Hypnose sich durchgesetzt und behauptet hat, ist eine andere Methode, die auch von vornherein als Quacksalberei gekennzeichnet wurde, mit Recht vergessen und versunken, „die Punktation". Fig. 2 mutet uns an wie eine der heute noch von Zeit zu Zeit beliebten Vorführungen indischer Fakire. Es hat aber eine Zeit gegeben, in der manche tatsächlich glaubten, durch derartige Reizungen bestimmter Körperstellen durch intensives Stechen allerhand Krankheiten, selbst die schwersten Leiden, heilen zu können. Unser Bild mit der Unterschrift „Les grands effets merveilleux de l'Acupuncture" führt außer der Behandlungsmethode den Behandlungserfolg an einem Geheilten vor, der seine Krücken fortwirft. Es handelt sich in diesem Falle offensichtlich nicht um eine Karikatur, sondern um eine ernstgemeinte Darstellung.

In das Gebiet der Karikatur gehören aber unbedingt die drei letzten Bilder, die Wassertrinkkuren, kalte Übergießungen und das Frottieren der Haut in lustig übertriebener Form darstellen. Fig. 3 trägt im Original die Unterschrift „Les Hydropathes, premier traitement. — Libation, absorption et ... indigestion!" und Fig. 4 „Les Hydropathes, deuxième traitement. — Immersion, submersion et contorsion!" Das letzte Bild (Fig. 5) stellt die Hautreizung durch kräftiges Frottieren unter der irreführenden, aber für damalige Anschauungen charakteristischen Unterschrift „Le système des brosses Magnetiques". Man glaubte also, daß auch eine derartige einfache Manipulation mit irgendwelchen magnetischen Kräften verbunden sei, die den Bürsten angeblich innewohnen sollte. Aus dem weiteren Text, der im Original dem Bild beigefügt ist, ersieht man, daß die Annahme, die Blutzirkulation werde durch derartiges Frottieren angeregt, als eine lächerliche Phantasie aufgefaßt wurde. Es ist gerade heute ganz interessant, auf diese ersten Anfänge zurückzublicken, da bekanntlich gerade jetzt allgemein das Frottieren der Haut sehr beliebt ist und von manchen als geradezu unentbehrliches Mittel bei der Behandlung schwerer allgemeiner Krankheiten, z. B. bei der Tuberkulose, angesehen wird.

Dr. C. Th.

Aus ärztlichen Gesellschaften.

In der Sitzung der **Berliner medizinischen Gesellschaft** vom 17. Oktober 1928 hielt Herr F. Kraus einen Vortrag: Die Tiefenperson. Nicht sichtbare Veränderungen am Menschen können genau so von klinischer Wichtigkeit sein, wie solche ohne morphologisch erkennbare Veränderung der Zelle. Dabei spielen hauptsächlich chemische Vorgänge eine Rolle, die rasch ablaufen und sich zum Teil wieder ausgleichen. Es wird an das Aktivator-Stabilisator-Gleichgewicht bei der Blutgerinnung und in der Immunitätslehre erinnert. Hierher gehören auch die Arbeiten von Kraus und seiner Schule über den Wasser-Elektrolyt-Lipoidstoffwechsel. Die Nervenzentren wirken nicht an sich, sondern sie beeinflussen nur den Reaktionsablauf. Die Annahme fertiger Fermente wird jetzt fraglich durch die Versuche Ehrenbergs über die Fermentadaption: Die spezifische Einstellung des Fermentes findet erst während des fermentativen Reaktionsablaufes statt. Ein wichtiger Bestandteil der Tiefenperson sind die Fermentproduktionen der Zelle, die von innen her regulierend, die Person auch äußerlich tiefgehend beeinflussen (z. B. haben Fische und Frösche in der Laichzeit neue Fermente). Weitere Beispiele sind die Blut- und Darmfermente. Vom Muskel glaubte man bisher, daß der Nerveneinfluß ein ausgesprochen primärer sei. Kraus und seine Mitarbeiter konnten jedoch zeigen, daß der Muskel von denselben chemischen Bedingungen abhängt, wie Blut- und Darmstoffwechsel. Dieser „innere Arbeiter" ist ein wesentlicher Teil der Tiefenperson. Auf den Herzmuskel wirken Phosphatide systolisch, Heparin (antagonistisch gegen die Phosphatide) diastolisch. Während die Motilität innerhalb der Person vor sich geht, stellt die Sensibilität über die Person hinaus die Verbindung mit der Umwelt dar, ist also nur ein Analysator derselben für das Biosystem (die Person). Zur Differenzierung der inneren Vorgänge gibt es Schranken zwischen den einzelnen Zellverbänden, z. B. im Gehirn, Darm, den Leukozyten, den Blutplättchen usw. Ihre Durchbrechung vermittelt das physiologische und pathologische Geschehen im Organismus und sollte auch der Gegenstand der ärztlichen, therapeutischen Beeinflussung sein. Hierauf hielt Herr M. Halle einen Vortrag: Chirurgische und phonetische Erfolge der Spätoperation von Gaumendefekten. Trotz der großen Ansprüche, die an die Chirurgie der Gaumendefekte gestellt wurden, waren die Ergebnisse wenig befriedigend. Die Operationen mißglückten oft, die Defekte konnten nicht geschlossen werden. Aber auch wo das gelang, waren die phonetischen Erfolge unzulänglich, so daß die Zuflucht zu Obturatoren genommen werden mußte. Die Gründe der unbefriedigenden Ergebnisse liegen sicherlich einmal in der Narkose, dann aber in der Naht. H. hat daher eine andere Schnittführung gewählt und den Gaumen nach rückwärts gelagert. Wo die Rücklagerung nicht ausreichte, wurde mit Paraffin nachgeholfen. Nunmehr sind die Ergebnisse gut und die Phonation befriedigt. Selbst bei kompletter Gaumenspalte ist die Operation wohl schwieriger, aber erfolgreich. Die phonetischen Ergebnisse beweisen, daß die Forderung bei angeborenen Defekten zu operieren, ehe das erste Lebensjahr verstrichen ist, nicht erfüllt zu sein braucht. Herr Ernst erhebt in der Aussprache zu diesem Vortrage Prioritätsansprüche gegenüber Halle, die dieser zurückweist. Auch Herr Ganzer betont, daß er schon 1917, also lange vor den Veröffentlichungen von Ernst, die Rücklagerung des Gaumens ausgeführt hat. F.

Therapeutische Umschau.

Zur Blutstillung in der Gynäkologie

empfiehlt Kuntschik (Wien. klin. Wschr. S. 23) Stryphnon, das einen dem Adrenalin ähnlichen Körper darstellt. Örtlich hat man es bereits in Form von Stryphnongaze zur Blutstillung angewandt. Der Verf. macht nun darauf aufmerksam, daß man zur Behandlung von postoperativen Blutungen, von Blutungen aus zerfallenden Geschwülsten der Scheide und Gebärmutter und Metrorrhagien das Präparat auch subkutan oder intravenös injizieren kann. Im allgemeinen wird die erste Injektion intravenös und die folgenden subkutan gegeben. Intravenös spritzt man 2 ccm der 0,05 proz. Lösung, subkutan 2 ccm der 0,5 proz. Lösung ein. Meist stehen die Blutungen schon auf die erste intravenöse Injektion.

Über die Behandlung der Gonorrhöe

mit Acridin-Derivaten berichten Langer und Dreßler (Med. Klin. S. 1271). Sie benutzten Gonoflavin, das intravenös angewandt wird, und zwar in Dosen von 5 ccm der 2 proz. Lösung. Die ersten 2 Tage wird jeden Tag, dann jeden 2. Tag eine Injektion gemacht, insgesamt 10—12. Diese Therapie kommt nur zur Unterstützung der lokalen Behandlung in Betracht. Gonoflavin scheint nur oberflächlich desinfizierend zu wirken und niemals an tiefliegende oder abgekapselte Herde heranzukommen. Immerhin halten die Verff. es für angebracht, Gonoflavin neben der üblichen örtlichen Behandlung anzuwenden.

Als Harnantiseptikum

empfiehlt Eberhardt (Med. Klin. S. 1318) Uronovan, das chemisch als methylendiphosphorsaures Hexamethylentetramin zu bezeichnen ist. Während Hexamethylentetramin Formaldehyd nur in saurer Lösung abspaltet, vermag Uronovan auch in alkalischem Medium Formaldehyd zu bilden. Wichtig ist, daß durch eine weitere Methylengruppe die Möglichkeit zur Formaldehydbildung noch vermehrt ist. Man gibt 3 mal täglich 2 Tabletten, die man in Wasser vollkommen zerfallen läßt.

Die Vakzinebehandlung des Keuchhustens

hat sich Reiche (Med. Klin. S. 1317) bewährt. Er benutzte die Vakzine Tuscosan in Dosen von 0,4—1 ccm, die im allgemeinen wöchentlich 2 mal angewandt wurde; nach 3 Tuscosaninjektionen wurden 3 Einspritzungen von Tuscosan forte gemacht. Kinder über 2 Jahre erhielten stets eine ganze Ampulle. Daneben wurde Freiluftkur angewandt und eventuell zur Erzielung von Nachtruhe Allional oder Cardiazol-Dicodid gegeben. Bei ungefähr 50 Proz. der Kinder war der Keuchhusten in längstens 10 Wochen abgeheilt.

Bei Malaria

empfiehlt Fischer (Münch. med. Wschr. S. 1417), sofern es sich um Behandlung der Tertiana handelt, 0,01 g Plasmochin pro 10 kg Körpergewicht, im Mittel 0,06 g pro die anzuwenden. Bei Malaria tropica ist Plasmochin allein nicht ausreichend. Man gibt am besten Plasmochin zusammen mit Chinin,

und zwar von Chinin 1 g pro die, von Plasmochin 0,15 als Injektion oder 0,2 g per os, wobei es gleichgültig ist, ob diese Menge auf mehrere Tage verteilt oder im Verlauf von 24—36 Stunden rasch hintereinander gegeben wird. Bei diesen Dosen wird die nach größeren Plasmochingaben häufig auftretende Methämoglobinbildung völlig vermieden oder doch wenigstens bedeutungslos gemacht.

Bei Migräne

empfiehlt Serog (Med. Klin. S. 1279), wenn die sonst üblichen Behandlungsmethoden (Anodengalvanisation des Kopfes, Bromantipyrin, Epiglandolinjektionen, Luminal usw.) versagen, intravenöse Strontiuminjektionen. Benutzt wurde Neostrontan, von dem zunächst 5 ccm einer 10 proz. Lösung, am übernächsten Tage und nach weiteren 2 Tagen 5 ccm einer 20proz. Lösung injiziert wurden. Die Injektionen wurden gut vertragen, besonders wenn sie langsam ausgeführt wurden und die Lösung öfters mit dem Blut in der Spritze gemischt wurde. In mehreren Fällen gelang es, sogar voll ausgebildete Migräneanfälle durch die Neostrontaninjektion zu kupieren. In zahlreichen Fällen ließen sich Dauererfolge erzielen.

Bei Parapsoriasis

empfiehlt Fürst (Dermat. Wschr. S. 1078) die Anwendung von Pilokarpin. Es wird von einer 1 proz. Lösung intramuskulär $^1/_2$ ccm, dann weiter 2mal wöchentlich 1 ccm intramuskulär injiziert; man kann aber auch mit der Dosis steigen (bis zu 2 ccm), namentlich dann, wenn die Reaktion (Schweißabsonderung usw.) nur gering ist, und wenn es sich um kräftige Personen handelt. Etwa auftretender Brechreiz bildet keinen Grund zur Unterbrechung der Behandlung; nicht angewandt werden darf die Behandlung bei Schwangeren wegen der Kontraktion des Uterus, bei Asthmatikern wegen der Kontraktion der Bronchialmuskulatur und bei Patienten, die zu Lungenödem disponiert sind, da die Sekretion der Bronchialschleimhaut zunimmt. Es sei darauf hingewiesen, daß man jederzeit mit geringen Mengen von Atropin die Pilokarpinwirkung aufheben kann. Bemerkt sei noch, daß die Psoriasis nicht auf Pilokarpin anspricht.

Über Rheumatismusbehandlung mit Hautimpfungen

gibt Ponndorf (Münch. med. Wschr. S. 1453) einen ausführlichen Bericht. Der von ihm benutzte Impfstoff „Ponndorf B" besteht aus Tuberkulin + Tuberkelbazillentoxin + Eiweiß von Streptokokken, Pneumokokken und Influenzabazillen. Bei akutem erstmaligem Gelenkrheumatismus genügen 1—3 Impfungen in 3—4tägigen Zwischenräumen. Bei subakuten oder bereits rückfälligen Erkrankungen sind durchschnittlich 3—5 Impfungen erforderlich, bei Ischias gewöhnlich dieselbe Anzahl, bei dem akuten Podagraanfall genügt meist eine Impfung. Bei allen chronischen Formen des Gelenkrheumatismus sind meist mehr Impfungen erforderlich; aber auch hier sollen sich etwa 50 Proz. Heilung erzielen lassen. Die Impfung wird in der Weise ausgeführt, daß (meist am Oberarm) einige Impfschnitte angebracht werden, in die, gemischt mit dem austretenden Blut der Impfstoff eingerieben wird. Dr. Fritz Johannessohn (Mannheim).

Tagesgeschichte.

Rundfunkprogramm für Dezember 1928. Auf Welle 1250 über Königswusterhausen. 7. Dezember, abends von 7,20—7,40 Dr. Dünner (Berlin): Über Bronchiektasen; 7,40 bis 7,45 Uhr: Das Neueste aus der Medizin. 21. Dezember 7,20—7,40 Uhr Prof. Dr. Citron (Berlin): Gibt es gesundheitliche Schädigungen durch Amalgamfüllungen?; 7,40 bis 7,45 Uhr: Das Neueste aus der Medizin.

Aus aller Welt. Die Berliner Stadtverordnetenversammlung hat 234000 M. zur Errichtung von 6 Baracken mit Krankenbetten im Anschluß an das Krankenhaus Schöneberg für außergewöhnliche Fälle bewilligt. — Die Gesellschaft von Freunden und Förderern der Universität Bonn hat der Medizinischen Fakultät 6300 M. überwiesen. — Die Knochentuberkuloseheilanstalt des Landkreises Recklinghausen, das Haardt-Heim, ist seiner Bestimmung übergeben. — Der auf die Bitte der griechischen Regierung während der Dengue-Fieberepidemie nach Griechenland entsandte Beamte der Hygieneabteilung des Völkerbundes, Dr. Mackenzie, erstattete der zurzeit tagenden Hygienekommission Bericht und teilte mit, daß die Zahl der Krankheitsfälle über 850000 und die der Todesfälle 1372 betragen habe. — John D. Rockefeller jr. hat der Leonhard Wood-Gedächtnis-Stiftung zur Ausrottung der Lepra den Betrag von 100000 Dollars überwiesen. Die Stiftung hat in Cebu (Philippinen) eine Station für Leprakranke im Anfangsstadium errichtet. — Der Geschäftsausschuß der Berliner ärztlichen Standesvereine feiert sein 50jähriges Bestehen durch ein Bankett. — Mit Beginn des Winter-Semesters ist in Berlin der erste Lehrstuhl für Homöopathie in Preußen errichtet worden. — Ein Antrag auf Sterilisation gemeingefährlicher Verbrecher wurde im Strafrechts-Ausschuß des Reichstags abgelehnt. — Der Neubau der med. Klinik in Leipzig, der Hörsäle, Laboratorien und eine Röntgenabteilung enthält, wurde mit einer Feier eingeweiht.

Personalien. Der Professor für Kinderheilkunde in München Rudolf Hecker feierte den 60. Geburtstag. — Dr. Oswald Marchesani hat sich für Augenheilkunde in München habilitiert. — Dr. Alfred Welz ist zum Chefarzt des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Breslau ernannt worden. — Priv.-Doz. Paul Wels (Greifswald) ist als Nachfolger von Prof. Rießer für das Ordinariat der Pharmakologie ausersehen.

Erinnerungstage aus der Geschichte der Medizin. 26. November 1853. 75 Jahre. Mediziner Karl Sudhoff geboren in Frankfurt a. M., 1905 Professor und Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin in Leipzig. — 3. Dezember 1903. 25 Jahre. Die an diesem Tage geschlossene Pariser Sanitätskonvention zur Bekämpfung der Pest tritt an die Stelle der am 19. März 1897 geschlossenen Konvention zu Venedig. — 6. Dezember 1908. 20 Jahre. Tod des pathologischen Anatomen Eduard von Rindfleisch in Würzburg.

Fortsetzung auf Anzeigenseiten 6, 10, 21 und 22.

Lippert & Co. G. m. b. H., Naumburg a. S.

Nr. 12 .1 12. 1928

MEDIZINISCH-TECHNISCHE MITTEILUNGEN
NEUE LITERATUR

Redaktion: Berlin NW. 6, Luisenplatz 2—4

Verlag: Gustav Fischer in Jena

Erscheint als unentgeltliche Sonderbeilage der „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung" in zwangloser Folge. — **Nachdruck der einzelnen Aufsätze nur mit ausdrücklicher Erlaubnis des Verlages, Referate jeder Art nur mit Quellenangabe gestattet.**

I. Innere Medizin.

Diätetische Therapie. Von Vogeler-Schröder. Verlag des Verbandes der Ärzte Deutschlands, Leipzig. 6. Aufl. Preis 3 M.

Von dem vorliegenden Büchlein liegt bereits die 6. Auflage vor, ein Beweis dafür, daß das Buch weitgehenden Anklang gefunden hat. In der Tat darf dasselbe auch als ein durchaus praktisches Nachschlagebuch bezeichnet werden, trotzdem es manches enthält, was vielleicht entbehrlich ist. So kann z. B. auf die Quarkkur nach Jarotzky verzichtet werden. Auch wendet heute kaum jemand ein Milchprobefrühstück an. Weiterhin ist es schon lange erwiesen, daß von subkutan injiziertem Olivenöl nur ein Minimum resorbiert wird. Endlich kann die Zahl der Beispiele für Nähriklstiere erheblich reduziert werden. Die Leberdiät ist zwar erwähnt, doch wären in dem Anhang, in welchem eine Reihe komplizierter Gerichte erwähnt sind, Angaben über die verschiedenen Zubereitungsformen der Leberdiät erwünscht. — Alles in allem genommen darf aber das Büchlein durchaus empfohlen werden.

H. Strauß.

Das Fasten als Heilmethode. Von Segesser. Verlag von Emil Pahl, Dresden 1928. Preis geh. 1,50 M., geb. 2 M.

In dem vorliegenden Heft schildert der Verfasser die Indikationen und die Technik der Fastenkuren auf Grund der vorhandenen Literatur sowie ganz besonders auf Grund eigener Erfahrungen.

H. Strauß.

Die Traube als Heilmittel. Von Gara. Verlag von S. Poetzelberger, Meran 1928. Preis 3 Lire.

Kurze Darstellung der kurmäßigen Verwendung von Trauben unter besonderer Berücksichtigung der in Meran gemachten Erfahrungen.

H. Strauß.

Richtlinien diätetischer Therapie. Von Rabe. Verlag von Georg Thieme, Leipzig 1928. Preis 4,60 M.

Das vorliegende Büchlein stellt eine kurze Darstellung der Kenntnisse dar, welche der Arzt für die Durchführung der Diäto-Therapie nötig hat. Ohne sich zu sehr mit Einzelheiten zu beschäftigen verweilt der Autor vor allem bei den Hauptfragen der Nahrungsmittelzusammensetzungen, der Zubereitungsarten und der Verwendung der einzelnen Nahrungsmittel bei denjenigen Krankheiten, die in besonderem Grade das Objekt der Diätbehandlung darstellen. Das Büchlein darf zur Einführung in den Gegenstand sehr empfohlen werden.

H. Strauß.

Diätvorschriften für Gesunde und Kranke jeder Art. Von Bornträger. Bearbeitet von Dr. Hermann Schall. 7. Aufl. Verlag von Curt Kabitzsch, Leipzig 1928. Preis 7,50 M.

Bereits bei der Besprechung einer früheren Auflage der Bornträgerschen Diätvorschriften habe ich mich über die Frage geäußert, ob es überhaupt richtig ist, für die Diätverordnung fertige Diätzettel in schematischer Weise zur Diätverordnung zu benutzen. Da aber immerhin fertige Diätvorschriften, bei welchen eventuell das für den konkreten Fall Ungeeignete gestrichen werden kann, besser sind, als gar keine Diätvorschriften, so verdient der vorliegende Block deshalb besondere Beachtung, weil die in ihm enthaltenen Diätvorschriften gründlich durchgearbeitet sind und auch neuere Diätformen wie z. B. Rohkostkuren, Leberdiät u. a. mit berücksichtigt sind. Ob es dabei aber nötig ist auch die Masdasnan-Diät zu berücksichtigen, bleibe dahin gestellt. Als ein besonderer Vorzug muß aber die Bearbeitung durch einen in diätetischen Dingen so bewanderten Autor, wie Schall bezeichnet werden.

H. Strauß.

Beeinflussung von Krankheiten durch diätetische Behandlung und durch Salze. Von Andersen. Fischers med. Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin 1928. Preis 1 M.

In dem vorliegenden Heft aus der Sammlung „Berliner Klinik" ist vor allem die Verwendung der Salze in der Ernährung erörtert. Jedoch ergeben sich, wenn man von der Regulierung der Kochsalzzufuhr absieht, zurzeit nicht allzu viel exakte Richtlinien für die therapeutische Verwendung von Mineralstoffen. Denn es liegt auf vorliegendem Gebiete zwar eine große Zahl experimenteller bzw. physiologisch-chemischer Untersuchungen vor, es sind aber die Grundsätze für die Verwendung der Ergehnisse dieser Untersuchungen für die Klinik noch an vielen Stellen umstritten. Jedenfalls ist für die Verwendung der Ergebnisse der theoretischen Forschung am Krankenbett auf dem vorliegenden Gebiete zurzeit noch besondere Kritik nötig.

H. Strauß.

II. Klinische Sonderfächer.

Die natürlichen Heilungsvorgänge bei der Syphilis im Lichte experimenteller Forschung. Von S. Bergel. Verlag von Georg Stilke, Berlin 1928. Preis 1 M.

Eine lehrreiche Schrift, die, obwohl sie wesentlich für Laien bestimmt ist, auch dem Arzt vielfache Anregung bietet und daher eine ausführlichere Wiedergabe rechtfertigt. Verf. wünscht die Öffentlichkeit über das Wesen der Syphilis und ihre natürlichen Heilungsvorgänge aufzuklären. Er weist darauf hin, daß auf den Reiz der fetthaltigen Syphiliserreger diejenigen weißen Blutkörperchen angelockt werden, welche die Fähigkeit besitzen, die Spirochäten an ihren Körper anzuziehen, in ihn aufzunehmen und zu verdauen. So besitzt das erste sichtbare Krankheitsprodukt, die Sklerose, bereits Spirochäten vernichtende Ausscheidungen — Abwehrstoffe. Was die Wassermannsche Reaktion betrifft, so zeigt sie nach Verf. an, daß Abwehrstoffe gegen Syphilisspirochäten im Körper nachweisbar sind. Es können sich aber auch Spirochäten im Körper befinden, ohne Gegenstoffe zu bilden, dann wird die Wassermannsche Reaktion negativ sein. Es kann also trotz negativer Wassermannscher Reaktion Syphilis vorhanden sein. In den Produkten der Sekundärperiode erblickt Verf. Abwehr- und Heilversuche des Körpers, die einen Teil der Spirochäten unschädlich machen, meist aber nicht genügen, alle abzutöten. Das Schwinden der Erscheinungen trotz Weiterbestehen der Krankheit im Latenzstadium und das Auftreten von Rezidiven erklärt Verf. aus Schwankungen in der Anzahl und Giftigkeit der Spirochäten des Körpers und der Stärke der Gegenmittel des Organismus.

Da positive Reaktion das Vorhandensein von Spirochäten im Organismus anzeigt, so muß sie durch Behandlung negativ gemacht werden und bleiben. Das Negativwerden muß ursächlich dadurch bedingt sein, daß infolge der Abwesenheit von Spirochäten eine Antikörperbildung sich erübrigt. Bleibt die Wassermannsche Reaktion dauernd negativ, so bedeutet dies Heilung und der Mensch kann sich von neuem anstecken. Von den spezifisch wirkenden Chemikalien heilt nach Verf. das Salvarsan mit größter Wahrscheinlichkeit die Syphilis in der ersten Periode radikal. Außerdem regen aber Salvarsan und Quecksilber in einer gewissen Dosierung die Antistoffbildung im Körper direkt an. So werden bei der Behandlung die Spirochäten direkt durch das Salvarsan, indirekt durch das Hg und Bi durch ihre besonderen Beziehungen zum Lymphzellengewebe angegriffen. Verf. berichtet dann über seine Versuche, durch Aufspeicherung von reichlichen Mengen von Antistoffen Tiere vorzubehandeln, so daß sie nicht mehr mit Syphilis angesteckt werden können. Es ist ihm auch gelungen, durch die dem Tiere entnommenen Immunstoffe andere Tiere zu heilen. Ferner vermögen virulente Syphilisspirochäten, vermischt mit Immunheilstoff, bei gesunden Tieren keine Syphilis mehr zu erzeugen. Es ist hier nicht der Ort, in eine Kritik der zahlreichen von dem Verf. aufgeworfenen Probleme einzutreten. Dem Verf. bleibt das große Verdienst, den Aufbau der modernen experimentellen Syphilisforschung mit glücklicher Hand gefördert zu haben. R. Ledermann.

Geburtshilfe. Von Rud. Th. von Jaschke, Gießen. Mit 67 Abbildungen. 10., verbesserte Auflage. Buchhandlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands, Leipzig 1928. Preis 7,80 M.

10 Auflagen in 10 Jahren! Das genügt, um zu beweisen wie sehr das kleine, ausgezeichnete Buch dem Bedürfnisse des Praktikers, für den es in erster Linie geschrieben ist, entspricht. Mit Leichtigkeit kann er sich orientieren, wie er sich in schwierigen Situationen verhalten soll. Jedem, der sich mit praktischer Geburtshilfe befaßt, sei das Büchlein auf das wärmste empfohlen. Abel.

Geburtshilfliche und gynäkologische Therapie mit Einschluß der Heilmittel. Von Georg Burckhard, Würzburg. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin 1928. Preis 4,50 M.

Die geburtshilfliche und gynäkologische Therapie alphabetisch geordnet. Wer sich schnell, auch über die in Frage kommenden Heilmittel orientieren will, wird guten und sachgemäßen Aufschluß bekommen. Abel.

Die Wechseljahre der Frau. Von Hans Zacherl, Graz. Mit 1 Textabbildung. Verlag von Julius Springer, Wien 1928. Preis 7,50 M.

Die Erscheinungen der Wechseljahre werden in übersichtlicher und klarer Weise vorgetragen, wobei die neuesten Forschungen in genügender Weise berücksichtigt sind. Besonders gut ist das Kapitel über die Erscheinungen am übrigen Organismus und die Besprechung der psychischen Störungen. Abel.

Praktische Differentialdiagnostik für Ärzte und Studierende. Von A. Seitz, Gießen. (Herausgegeben von Prof. Dr. Georg Honigmann, Gießen.) Bd. V: Frauenheilkunde. Mit 25 teils farbigen Abbildungen im Text und auf 3 Tafeln. Verlag von Theodor Steinkopf, Dresden und Leipzig 1928. Preis 15 M., resp. 17 M.

Die Differentialdiagnostik in der Frauenheilkunde in einer besonderen Abhandlung zu besprechen, ist durchaus berechtigt und dem Verf. sehr gut gelungen. Von besonderem Werte ist die ärztliche Wertung der Persönlichkeit und ihre Bedeutung für die Differentialdiagnose, ein Gebiet, das immer noch zu wenig beachtet wird. Ebenso ist besonders lesenswert die Analyse des Schmerzes und anderer abnormer Sensationen. Auch was über die Retroflexio gesagt wird, kann durchaus anerkannt werden. Jeder, der das Buch liest, wird daraus Belehrung und Anregung schöpfen. Abel.

Lehrbuch der Gynäkologie. Von W. Stoeckel, Berlin. Zweite, völlig neubearbeitete Auflage. Mit 479 schwarzen und farbigen Abbildungen im Text und auf 64 farbigen Tafeln. Verlag von S. Hirzel, Leipzig 1928. Preis 42,50 M., resp. 46 M.

Ein wundervolles Werk, das uns Stoeckel mit dieser 2. Auflage geschenkt hat. Ref. steht nicht an zu sagen, daß es das beste und aus einem Guß bearbeitete Lehrbuch der Gynäkologie ist, welches wir augenblicklich haben. Daß nach dem Tode von Reifferscheidt dessen Kapitel von Stoeckel selbst bearbeitet sind, ist dem Werke ganz besonders zugute gekommen. Die Darstellung ist von einer ganz hervorragenden Klarheit und Präzision und aus jedem Kapitel spricht die große Erfahrung des Verf., dessen Arbeitskraft man nicht genug bewundern und den man zu der Vollendung dieses Werkes nur beglückwünschen kann. Die Röntgen-Radiumtherapie in der Gynäkologie hat durch von Mikulicz-Radecki eine sehr gute Bearbeitung gefunden. Am Schlusse des Werkes hat Apotheker Dr. Stich (Leipzig) die Pharmacopoea gynaecologica neu bearbeitet; die vielen willkommen sein wird und die neuesten Medikamente berücksichtigt hat. Die dem Werke vom Verlag gegebene Ausstattung ist ganz vorzüglich. Die Bilder und Tafeln sind außerordentlich instruktiv und glänzend reproduziert. Das Buch darf in der Bibliothek keines Arztes fehlen, der sich mit Gynäkologie beschäftigt. Die nächste Auflage wird nicht lange auf sich warten lassen. Abel.

Biologische Kolloidchemie. Von Raphael Ed. Liesegang. Verlag von Theodor Steinkopff, Dresden und Leipzig 1928. Preis 8 M.

Bei den schnellen Fortschritten der Wissenschaft ist es für den Nichtspezialisten außerordentlich schwer, der Entwicklung zu folgen. Hier sollen die „Wissenschaftlichen Forschungsberichte" helfen, von denen der vorliegende Band einen größeren Abschnitt umfaßt. Der auf dem Spezialgebiet bekannte Forscher gibt in mustergültiger Weise eine Übersicht über die Erfolge der biologischen Kolloidchemie seit 1914. Es ist nicht ein einfaches Sammelreferat, sondern ein durchaus subjektiv gehaltener, nach den einzelnen Themen gegliederter Überblick, den man mit großem Vergnügen und Nutzen liest. Das Büchlein sei bestens empfohlen. Pincussen.

Lehrbuch der Stoffwechselmethoden. Von Erich Krauß. Verlag von S. Hirzel, Leipzig 1928. Preis 22 M.

Die Methoden des allgemeinen Stoffwechsels haben neuerdings gerade für die Klinik erhöhte Bedeutung gewonnen: es braucht nur an die Bewertung des Grundumsatzes für die endokrinen Störungen erinnert zu werden. Das Buch von Krauß gibt eine recht gute Einführung in den ganzen Komplex. Es ist klar geschrieben, in der Beschreibung der Verfahren und Apparaturen ausführlich mit manchen wertvollen Kunstgriffen, durch gute, klare Figuren erläutert, auch theoretisch gut fundiert. Es wird zwar mündliche Unterweisung nicht ganz überflüssig machen, sie aber in vielen Dingen ersetzen und ergänzen können. Pincussen.

Die Laboratoriumsmethoden der Wiener Kliniken. Bearbeitet von 21 Mitarbeitern. Herausgegeben von H. K. Barrenscheen und R. Willheim. Verlag von Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1928. Preis geh. 44 M.

Der Versuch, die in den Wiener Kliniken gebräuchlichen Laboratoriumsmethoden zu sammeln, verdient hohes Interesse. Das Werk ist als direktes Arbeitsbuch gedacht, es ist aber auch wertvoll dadurch, daß es Vergleiche zwischen den dortigen und den bei uns üblichen Methoden gestattet. Es wird manches in Wien anders gemacht als z. B. in Berliner Instituten, teils sind die Methoden andere, teils finden sich Modifikationen in der Ausführung. In jedem Falle ist die Zusammenstellung, die in jedem Abschnitt eine persönliche Note trägt, sehr lehrreich. Behandelt werden die morphologischen Blutuntersuchungen die physikalisch-chemische, die kolloidchemische und die chemische Untersuchung des Blutes, die bakteriologischen

und serologischen Methoden, die Blutgruppenbestimmung, Untersuchung von Transsudaten, Exsudaten, Milch, Sputum, Magen- und Darm-Ausscheidungen, Harnuntersuchung, Gasstoffwechel und Blutgasanalyse sowie noch einige spezielle Dinge. Die Aufsätze, die von Mitgliedern der betreffenden Kliniken herrühren, sind klar geschrieben, mit manchen wertvollen theoretischen Betrachtungen und gelegentlichen klinischen Hinweisen. In letzterer Hinsicht wäre vielleicht etwas mehr erwünscht gewesen. Das Buch wird sich sicher Freunde gewinnen. Pincussen.

Der Schlaf, seine Störungen und deren Behandlung. Von O. Marburg. 48 Seiten. Verlag von J. Springer, Wien und Berlin 1928. Preis 1,50 M.

Diese kurze, in den „Büchern der ärztlichen Praxis“ erscheinende Abhandlung des bekannten Wiener Klinikers hat die Vorzüge einer lebendigen und einprägsamen, von theoretischem Ballast unbeschwerten Darstellung. Nach einleitenden Vorbemerkungen werden die Symptome des Schlafes, die Ursachen und Formen der Schlafstörungen besprochen. Das letzte Kapitel ist der Behandlung der Schlafstörungen gewidmet. Jacobsohn.

Repetitorium der praktischen Neurologie. Von E. Siemerling. 172 Seiten. Verlag von Georg Thieme, Leipzig 1927. Preis 4,80 M.

Entstanden aus einer Artikelserie der D. m. W., zugeschnitten auf das Bedürfnis des ärztlichen Praktikers, ist das kleine Werk Siemerlings ein knapper, ausgezeichnet orientierender Führer durch das gesamte Gebiet der Neurologie. Jede Seite verrät den berufenen Lehrer und erfahrenen Kliniker. In einem Anhang wird die allgemeine Therapie der Nervenkrankheiten besprochen. Was der Verf. bei dieser Gelegenheit über die Psychoanalyse sagt, dürfte auch die Auffassung vieler, kritisch denkender Ärzte sein. Jacobsohn.

Die hysterische Reaktionsweise. Von Hans Krisch. 97 Seiten. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1928. Preis 4,50 M.

Ein erfreuliches Buch, von einem Kenner der Materie frisch und lebendig geschrieben, überzeugend durch Klarheit der Darstellung bei Heraushebung des Wesentlichen. Sympathisch berührt die Art und Weise, wie sich Krisch mit den Lehren Freuds und seiner Schule auseinandersetzt. Trotz seines bedingten Bekenntnisses zu den Freudschen Anschauungen übt Verf. scharfe Kritik an manchen Stellen des analytischen Systems. In mehreren Kapiteln wird die Bedeutung der Erblichkeit, die Rolle der Affekte, die Beziehung zwischen Willensanteil und Vorstellung, sowie die suggestive Reaktionsweise näher beleuchtet. — Der letzte Teil des Werkes ist den Prinzipien der Behandlung gewidmet. Hier spürt man den erfahrenen Arzt und überlegenen Menschenkenner. Worte wie diese: „Es gibt keine allein selig machende Methode, ob man Mineralsalz, Dunkelzimmer, Hypnose oder elektrischen Strom anwendet, ob man mit Engelszungen redet, als bauernfängerischer Zauberkünstler auftritt, als psycho-analytischer Freigeist oder individual-psychologischer Salon-Philosoph, es kommt nur darauf an, welche Rezeptoren der Patient besitzt und daß man selber die überlegene Persönlichkeit ist“, sollten zu den Ohren vieler Leser dringen. Jacobsohn.

Therapeutisches Taschenbuch der Hautkrankheiten. Übersichtlich zusammengestellte therapeutische Vorschläge nach modernsten Auffassungen unter Berücksichtigung der homöopathischen Erfahrungen an der Bierschen Klinik. Von Walter Lucke. Druck und Verlag von Dr. Madaus & Co. 1927. Preis 5,50 M.

Ein anregend geschriebenes und, soweit es der Raum gestattet, erschöpfendes Kompendium, welches in alphabetischer Anordnung des Stoffes und unter selbstverständlicher Berücksichtigung der Beziehungen der Haut zu inneren Vorgängen des Körpers dadurch eine besondere Note enthält, das es neben den gebräuchlichen Behandlungsmethoden der Hautkrankheiten auch homöopathische Mittel zur Anwendung empfiehlt. Aufgabe der Dermatologen, welche auf dem Gebiete der Homöopathie keine hinreichenden Kenntnisse besitzen, wird es nunmehr sein, an der Hand dieser Vorschläge die homöopathischen Behandlungsformen sine ira, cum studio zu prüfen und sie in Zukunft da anzuwenden, wo sie sich ihnen als nützlich erwiesen haben. Aber auch denjenigen Dermatologen und praktischen Ärzten, welche vorerst noch nach den in praxi bewährten, allopathischen Methoden Hautkrankheiten behandeln, wird das gut ausgestattete Taschenbuch ein zuverlässiger Führer auf den oft dornenvollen Pfaden der Behandlung von Hautkrankheiten sein. R. Ledermann.

Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten. Leitfaden für den praktischen Arzt. Von Leo Hauck. Zweite. völlig neubearbeitete Auflage. Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig 1928. Preis 12 M.; 14 M.

Die neue Auflage des weitverbreiteten Hauckschen Lehrbuchs der Behandlung der Geschlechtskrankheiten für praktische Ärzte hat infolge der großen Fortschritte namentlich auf dem Gebiet der Syphilis eine zum Teil völlige Umarbeitung erfahren. Abschnitte über Wismut- und Malariabehandlung kamen hinzu. Neu aufgenommen wurden ferner die Behandlung der Lymphogranulomatosis inguinalis, sowie das Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Aber auch alle anderen Kapitel haben eine dem Stand unserer heutigen Kenntnisse entsprechende Um- und Neubearbeitung erfahren. Angenehm wird der Leser durch die Beurteilung der Quecksilbertherapie berührt, die, obwohl durch die Neueinführung des Wismuts etwas in den Hintergrund gedrängt, nach Verf. keineswegs zu dem alten Eisen geworfen zu werden verdient. Verf. wendet das Hg, ebenso wie das Wismut, zu kombinierten Kuren in den meisten Stadien der Syphilis an, empfiehlt jedoch bei schwangeren Frauen Salvarsan-Hg-Kuren zu vermeiden. Eventuell kann in diesen Fällen an die Salvarsankur eine vorsichtige Wismutkur unter geuauester Urinkontrolle angeschlossen werden. Ausgezeichnet ist das Kapitel über die Abortivbehandlung der Gonorrhöe, die zur richtigen Zeit mit Erfolg angewendet für den Kranken einen riesigen Gewinn bedeutet. Mit Recht betont Verf, daß eine zu späte Einleitung der Abortivbehandlung direkt zu widerraten ist. Das Buch enthält in zweckmäßiger Anordnung des Materials alles, was der praktische Arzt zum Verständnis und zur Ausführung der Behandlung von Geschlechtskrankheit braucht und es entspricht den Tatsachen, wenn man behauptet, daß auch der Facharzt manche Anregung und Erweiterung seines Wissens auf dem Gebiete der Behandlung der Geschlechtskrankheiten in dieser Neuauflage finden wird. R. Ledermann.

Grenzen des Normalen und Anfänge des Pathologischen im Röntgenbild. Von Alban Köhler. 5. Auflage. Verlag von Georg Thieme, Leipzig 1928. Preis geh. 36 M.

Dies Buch ist eines unserer wertvollsten diagnostischen. Es hat festen Fuß gefaßt und ist in der ganzen Welt bekannt. Die jetzige Auflage bietet mit 582 Seiten und 324 Abb. dem Röntgenologen Rat in allen Fällen. Es ist hier ein derartiges Material zusammengetragen und ein derartiges Wissen und große Erfahrung verarbeitet, daß jeder etwas findet, sowohl der Anfänger, für den es eigentlich geschrieben ist, wie der Fortgeschrittene; ja der Erfahrenste möchte dieses ehemalige „Lexikon“, ein Nachschlagewerk, nicht missen. Es gibt Auskunft über jegliche Anamolie und Varietät, über die Entwicklungsphasen des Skeletts. Jede Fehlerquelle ist berücksichtigt, jede schwierige Linie gedeutet. Das Buch erstreckt sich in gleichem Sinne auch auf Herz, Lunge und den Intestinalkanal. Es darf als Ratgeber in keinem Röntgenlaboratorium fehlen! Lorenz.

Ferdinand Hirts Tatsachen- und Arbeitshefte (Gruppe Naturkunde). Herausgegeben von E. Kloß und Dr. Karl Oppermann. 34 Seiten. Verlag von Ferdinand Hirt, Breslau VI. Preis 0,60 M.

Im 3. Heft, betitelt Unser Körper, hat ein praktischer Schulmann die Gesundheitslehre abgehandelt. Sie erscheint

nicht als ein Anhängsel an den naturgeschichtlichen Unterricht, sondern als dessen Haupt- und Kernstück. Durch eine Reihe von Beobachtungsaufgaben wird der Schüler angehalten, selbst die Lebens- und Arbeitsvorgänge seines Körpers beim Turnen, Spielen, beim Ruhen und Essen usw. zu beobachten und kennenzulernen. Die notwendigen Belehrungen zur Gesunderhaltung werden ihm als sittliche Pflicht aufgezeichnet. Das Büchlein kann auch den Eltern und den Erwachsenen empfohlen werden. Lorenz.

Die Strahlenbehandlung gut- und bösartiger Geschwülste. Herausgegeben von Prof. Dr. Fritz Heimann, Breslau. Verlag von Georg Stilke, Berlin.

Dieses Werk ist ein wissenschaftliches Lebenszeichen vornehmlich der Breslauer Radiologenschule. Ist schon die Darstellung desselben Spezialgebietes durch verschiedene Autoren schwierig, so sind bei derart im Strom der Entwicklung begriffenen Forschungsgebieten, wie es die Strahlentherapie an sich und erst das Geschwulstproblem sind, diese Schwierigkeiten eines Vielmännerbuches vervielfacht. So gibt auch dieses Werk ein Spiegelbild von in Biologie und Klinik miteinander ringenden Anschauungen, dargelegt von wohlerfahrenen Radiologen, Chirurgen und Gynäkologen (Grebe „Physik", Heidrich „Neurologie", Görke „Luftwege und Ohr", Altschul „Brustorgane", Mühlmann „Bauchorgane", Werner „Verdauungstrakt", Fried „Männliche Geschlechtsorgane", Heimann „Weibliche Geschlechtsorgane", Schäfer „endokrine Drüsen", Martenstein „Haut", Borak „Knochen").

In erster Linie ist die Röntgentherapie berücksichtigt, während die Radiumtherapie viel knapper gehalten ist. Der Herausgeber verwendet bei der Therapie der Collumkrebse ausschließlich die Röntgenstrahlen und will sie überhaupt nur bei den inoperablen Krebsen angewandt wissen. Diese resignierte Einstellung steht im Widerspruch mit den neuesten großen Statistiken der süddeutschen, der Pariser und Stockholmer Schulen, welche mit der alleinigen oder mit Röntgen kombinierten Radiumbehandlung bei operablen und Grenzfällen des Cervixkarzinoms die operativen Resultate erreicht oder übertroffen haben, ohne deren Mortalitätsgefahr.

Wer sich über den gegenwärtigen Entwicklungsstand der Röntgentherapie der Geschwülste unterrichten will, wird in diesem Werke einen sachgemäßen Wegweiser finden. Paul Lazarus.

Handbuch der gesamten Strahlenheilkunde, Biologie, Pathologie und Therapie. Herausgegeben von Paul Lazarus. Verlag von I. F. Bergmann, München. 2. Lieferung 1927, Preis 22,50 M. 3. Lieferung 1928, Preis 9,50 M.

Das bereits bei Erscheinen der ersten Lieferung gewürdigte Werk findet in den beiden vorliegenden Lieferungen seine Fortsetzung, indem nach physikalischen Fragen die histologischen und pathologisch-histologischen Grundlagen der Strahlungswirkung behandelt werden. Es folgen dann die chemischen Grundlagen der Strahlenbiologie und -therapie und ferner die biologischen und pathologischen Grundlagen der Strahlentherapie. Die beiden Lieferungen enthalten eine Menge ausgezeichneten Materials in oft vorzüglicher Darstellung. Es würde zu weit führen, an dieser Stelle die einzelnen Abschnitte kritisch zu besprechen. Nicht nur der Strahlenforscher, sondern auch der Arzt wird viel Wissenswertes in diesen beiden Lieferungen finden. Literatur ist bei den meisten Aufsätzen in reicher Menge angegeben, wenn auch eine Vollständigkeit, auch wenn man nur die wichtigsten Arbeiten berücksichtigt, nicht erreicht, wohl auch nicht beabsichtigt war. Die Aufsätze der verschiedenen Autoren sind vielmehr als zum Teil stark subjektiv gefärbte Übersichten über das bearbeitete Gebiet anzusehen: sie werden in dieser Art aber wohl den Bedürfnissen der meisten Benutzer am besten Rechnung tragen. Pincussen.

III. Soziale Medizin, Ärztliche Rechtskunde, Gerichtliche Medizin, Standesangelegenheiten.

Gifte im Holzgewerbe. Von Prof. Dr. Louis Lewin. (Beiträge zur Giftkunde, Heft 1) 1928 p. 23. Verlag von Stilke. Preis 1,50 M.

Die gesundheitsschädigenden Momente bei der Holzbearbeitung können sein: 1. der Holzstaub, 2. die Giftstoffe, die zur Holzfärbung dienen, 3. die Harze, mit denen das Holz bearbeitet wird, 4. jegliche Verarbeitung der sog. Gifthölzer. Abgesehen von der Wirkung des Holzstaubes auf die Luftwege äußert sich die Wirkung der Farbgifte, Harze und Gifthölzer in Hautekzemen und Schleimhautreizungen. Doch sah man auch als Wirkungsfolge einzelner Gifthölzer mitunter Allgemeinstörungen (Atmungs-, Herzstörungen, Hirnsymptome). Das Heft enthält eine nach ihrer chemischen Gruppierung geordnete Aufzählung von Farbstoffen, die als besonders schädlich bekannt sind. Die meisten giftigen Holzfarben sind bei den gelben und orangenen zu finden. Die giftigen und giftverdächtigen Gebrauchshölzer sind nach ihrer botanischen Verwandtschaft abgehandelt. Eine Fülle von Beispielen spez. Gesundheitsschädigungen sowohl durch die Farbstoffe wie die Gifthölzer wird den meisten Lesern ganz neu sein. Für jeden Dermatologen, der mit den häufigen Gewerbeekzemen der Tischler und Holzarbeiter zu tun hat, ist das Heft geradezu unentbehrlich. Darüber hinaus werden die zahlreichen Gefahrenquellen, die bei der werktätigen Hantierung mit den genannten Stoffen sich ergeben, das Interesse aller Gewerbemediziner und Sozialärzte wachrufen. Baader.

Schulhygiene. Von P. Stephani. — **Der Medizinalbeamte und die Pflege der Leibesübungen.** Von Gersbach. — **Gewerbehygiene.** Von Neumann. Handbücherei für Staatsmedizin. XII. Band. X und 173 Seiten. Carl Heymanns Verlag, Berlin 1927. Preis geb. 8 M.

Im vorliegenden Band gibt Stephani einen kurzen Abriß der Schulhygiene, wobei die Hygiene des Schulgebäudes und des Unterrichts einen großen Raum einnimmt, während der heute im Vordergrund stehenden schulärztlichen Tätigkeit ein verhältnismäßig geringer Platz eingeräumt ist. Die so wichtigen schulhygienischen Fürsorgemaßnahmen, wie Schulspeisung, Verschickung, sind überhaupt nicht erwähnt. Gersbach behandelt die Ausbildung des Sportarztes, seine Tätigkeit und Bedeutung für die Jugendfürsorge. Der Abschnitt Gewerbehygiene von Neumann enthält die wichtigsten gewerbehygienischen Bestimmungen, die für die Mitwirkung des Medizinalbeamten bei der Gewerbeaufsicht. Arbeiterschutz, Berufsberatung und Unfallversicherung in Frage kommen. B. Harms.

Sozialversicherung. Von Gebhardt. — **Das Reichsversorgungswesen.** Von O. Martineck. — **Die medizinische Statistik.** Von A. Gottstein. Handbücherei für Staatsmedizin. XIV. und XV. Band. XII und 271 Seiten. Carl Heymanns Verlag, Berlin 1928. Preis geb. 14 M.

Ein auch für praktische Ärzte wichtiger, inhaltlich und darstellerisch besonders gelungener Band. Der Abriß der Sozialversicherung von Gebhardt ist gedrängt, doch erschöpfend und ganz dazu angetan, sich mit der nicht ganz einfachen Materie der Sozialversicherung vertraut zu machen. Das gleiche gilt für die Abhandlung von Martineck über das Reichsversorgungswesen, das eingehend, klar und verständlich dargestellt ist Diese beiden Abschnitte allein hätten einen etwas preiswerteren Band bilden sollen. Der dritte Abschnitt des Bandes, der von Gottstein in seiner bekannten, ausgezeichneten Art der Darstellung einen Überblick über die medizinische Statistik, ihre Aufgaben, Methoden und Einzelgebiete enthält, steht nicht in organischem Zusammenhang mit den beiden ersten Teilen und wäre zweckmäßig dem geplanten 11. Band „Soziale Hygiene" eingegliedert worden. B. Harms.